

Mythe de la gratuité et réalité psychosociale

par A. MALCHAIR, D. VOHSEN, P. LISIN et J. BERTRAND*

ABSTRACT

Myth of the gratuitousness and psychosocial reality

The gratuitousness is a positive social measure, particularly specific of the psychosocial patients, but applied in a dissatisfying context because the financial aspect is the only considered and because the other therapeutic exigences, implicitly in such a measure contained, are in that way eluded [Acta psychiat. belg., 84, 458-465 (1984)].

Key words : Myth of gratuitousness, psychological reality.

Le but de ce travail est d'étudier la nature de la relation qui unit gratuité et patients psychosociaux ; cette relation nous paraît spécifique parce que la gratuité de l'acte médical s'adresse plus à ce type de patients qu'à d'autres, mais aussi parce que les patients « n'accepteront » d'être soignés qu'à cette condition. Celle-ci nous paraît pourtant hautement ambiguë, mythique, parce que ce qui est proposé est en fait bien différent, comme nous le verrons, de ce qui est demandé.

Au départ, il s'agit d'une réflexion sur le travail de la garde, telle qu'elle est réalisée à l'Hôpital général de Bavière, à Liège, et, pour ce qui nous concerne, dans le cadre du Service de Psychologie Médicale et Médecine Psychosomatique.

Bavière, comme on le sait peut-être, c'est l'Université de Liège, mais aussi le CPAS de Liège. De manière simpliste mais réelle, Bavière = Assistance Publique = gratuité ; par conséquent, les gens qui ne savent pas payer viennent chez nous. Nous drainons ainsi une grosse clientèle « sociale », psychosociale.

* Université de Liège. Département de Psychologie Médicale et Médecine Psychosomatique (Prof. D. Luminet).

Nous avons décidé de réfléchir à ce problème particulier (et d'autres travaux sont en cours actuellement) à la suite d'une sensation de gêne dans notre travail aux urgences. En effet, pour le personnel et pour les médecins des urgences, les problèmes sociaux sont de purs parasites qui occasionnent un travail supplémentaire, voire inutile, qui perturbent le service et qui sont juste destinés au psychiatre. Quant à nous, nous avons la désagréable impression de ne pas disposer des armes nécessaires pour les aider et surtout nous nous demandons ce que nous faisons là. Le patient psychosocial est-il à sa place aux urgences générales ? Est-ce au psychiatre à résoudre ses problèmes ? Quelle est la nature exacte de ses problèmes et quel est le rôle de la gratuité dans cette relation ?

La gratuité

Selon la définition, il s'agit de *donner* quelque chose pour rien, de manière désintéressée ; cela signifie que la gratuité, c'est aussi *recevoir* pour rien, versant moins pris en considération peut-être mais combien important : nos patients vont recevoir pour rien et ne devront rien nous donner en échange.

Parler de gratuité, c'est bien sûr parler d'argent, en l'occurrence absence d'argent.

Pour le Professeur Marie-Cardine (Benoît et Marie-Cardine, 1973), l'argent est nécessaire à la relation thérapeutique parce qu'il garantit que le médecin soigne par intérêt et non par plaisir, qu'il n'y a pas d'autre désir ; le paiement permet au patient de récupérer indépendance et liberté, de se dégager de la culpabilité, de prendre ses distances à l'égard du médecin, alors que la gratuité a tendance à le rendre chronique et dépendant.

La relation d'argent met en jeu la capacité de donner et de recevoir. Il s'agit d'un mode d'échanges entre deux êtres humains où les éléments agressifs sont au premier plan : « prendre et se faire prendre quelque chose par l'autre ». Cette agressivité peut comporter de manière positive valeur d'affirmation et de personnalisation ; on note une stimulation de la relation thérapeutique sans laquelle il y aurait incomplétude des mécanismes d'échanges et de culpabilité. A l'argent que l'on vous demande, à l'argent que l'on vous donne, se reconnaît la valeur que l'on s'attribue, la valeur que l'on vous attribue.

Il nous paraît que ces considérations portent surtout sur une évaluation qualitative de la relation via le paiement ; mais la mesure quantitative de notre travail que représente l'argent n'est pas moins importante. Dès lors, l'absence de paiement enlève ce critère d'évaluation

quantitative du travail fourni comme du travail demandé ; on se trouve dans l'arbitraire : où se place la limite de la relation gratuite ? aussi bien pour le médecin qui, c'est à craindre, va la placer très bas dans le cas de la problématique psychosociale que pour le patient en question qui va, quant à lui, la placer très haut. Cet aspect quantitatif nous paraît essentiel, parce qu'il permet de passer à un autre niveau que celui de la relation pécuniaire, à savoir une autre gratuité tout aussi mesurable, celle du temps et de la disponibilité, deux paramètres fondamentaux de l'approche du problème psychosocial.

Dans le même ordre d'idées, nous voudrions citer ici le Professeur Duyckaerts pour qui l'argent est le moyen de maintenir la relation dans la réalité, c'est-à-dire signifie que nous ne sommes pas des mères généreuses, des parents qui continuent à cajoler l'enfant et à lui donner sans retour (Schneider et Duyckaerts, 1973). Et si justement, nous devons parfois être cela ?

Le soigné

La simple évocation du terme *psychosocial* induit souvent une association d'idées qui conduit à *psychopathe* puis à *délinquant* (ou clochard). Quant au terme de sociopathie, issu des écoles anglo-saxonnes, il n'atténue en rien l'ambiguïté, bien au contraire faisant de la psychopathie un trouble de l'adaptation sociale, alors que justement nous nous refusons à amalgamer ces deux notions.

Pourtant notre travail, et la sélection des patients qui en a résulté, se base sur un questionnaire proche des échelles anglo-saxonnes, donc tendent à sélectionner la sociopathie. Une fois encore, nous n'avons nullement voulu assimiler nos patients à des délinquants. Ce problème est difficile, nous y reviendrons.

Voyons tout d'abord quelques chiffres présentant certains paramètres issus de notre questionnaire.

Sur le versant social :

— aide financière nécessaire ou présente	70 %
— absence de travail	90 %

Sur le versant psychologique :

— éthyliisme	33 %
— dépression	30 %
— éthyliisme + dépression	25 %

Total des psychopathologies éthyliques et dépressives seules ou associées.	88 %
---	------

Quant à la prise en charge antérieure, on relève que 70 % ont été hospitalisés contre 2 % de support ambulatoire.

Cette pathologie est-elle donc si grave ?

La demande, c'est recevoir « tout » pour « rien ». C'est l'attente magique d'une prise en charge totale sans limite parce que gratuite. Comme on l'a vu plus haut à propos de la nécessité du paiement, il y a ici un glissement et l'intériorisation d'une mesure sociale permettant une régression au sein d'une « bonne mère » avec pour corollaire le développement d'exigences énormes et de revendications agressives, caractéristiques non surprenantes puisqu'il s'agit sans doute d'un retour à un stade où la demande orale est un mécanisme essentiel.

Du reste, pour certains auteurs (dont Flavigny cité par Debray, 1981), le psychopathe aurait subi une grosse perturbation des relations affectives, dont une des conséquences les plus importantes serait une carence du narcissisme primaire. Comment un tel patient ne serait-il pas tenté de « profiter » au maximum d'une situation de réalité (notre accueil gratuit) dont tous les signes extérieurs lui donnent à croire qu'il pourra retrouver des satisfactions jusque-là manquantes ou déficientes.

A coup sûr, la symptomatologie présentée peut être irritante et stimuler le rejet. Elle va de l'appel à l'aide désespérée et poignant à l'exhibitionnisme d'autant plus hystrionique parfois qu'il est imbibé d'alcool !

La psychopathologie que nous avons relevée comme élément essentiel (éthylisme et dépression) sera tantôt simplement associée au problème social, tantôt elle en sera surtout la conséquence. De ce point de vue, elle peut se présenter comme expression psychologique d'une souffrance sociale, mais aussi comme un mode de relation, ces deux aspects n'étant nullement exclusifs. Nous voulons indiquer ici que cette personne n'a peut-être pas d'autre moyen d'entrer en relation, i. e. d'être aidée, que de décompenser sur un mode socialement reconnu et pour lequel des structures d'accueil existent, nous et notre garde par exemple. Ainsi, chez certains patients, la maladie psychiatrique pourrait être à la fois le stigmate du rejet par la société, le symptôme du problème social, mais aussi la manière de rentrer « dans le circuit » en nous présentant une demande que nous sommes disposés à entendre.

Si l'on ajoute que le comportement de ce patient évoque souvent, par son côté provocateur, une véritable compulsion à la répétition du rejet par l'autre, nous arrivons ainsi aux confins de l'abandonnisme, avec sa dimension de souffrance, en contrepoint de l'utilitarisme affiché de nombre de ces patients.

Deux formes extrêmes peuvent ainsi se dégager, l'abandonnique « social » et le « psychopathe profiteur ». Cet assemblage de termes est

évidemment bâtard, mais il nous paraît situer le problème, ne fût-ce que caricaturalement. C'est entre ces deux pôles que se situent nos patients « psychosociaux » dans une problématique où se rencontrent, à des degrés divers, la souffrance, l'angoisse, le sentiment d'abandon, la réaction dépressive, le désir de régression, la fuite dans l'alcool, le comportement asocial, l'instabilité, l'irritabilité, la manipulation ou l'utilitarisme.

On voit là les nombreuses contradictions de ce problème et il n'est pas étonnant qu'un souci de classification nosographique rencontre les difficultés mentionnées au début de ce chapitre.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas inutile de préciser que nous excluons de notre réflexion les patients dont la dégradation sociale est la conséquence d'une atteinte psychiatrique majeure et reconnue : schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, oligophrénie, grands états dépressifs chronifiés, syndromes psycho-organiques (post-traumatiques, par exemple). Il en est de même pour les problématiques plus réactionnelles lorsque les individus se trouvent placés dans un enchaînement de circonstances catastrophiques, où la structure psychologique n'a plus qu'un rôle secondaire, face à l'importance des contraintes extérieures.

Les soignants

Officiellement, nous n'exigeons ni calme ni absence de pathologie comportementale (contrairement aux institutions sociales dans leur ensemble), mais en fait nous avons toutes les possibilités pharmacologiques de « calmer » les débordements et nous ne nous en privons pas, quelle qu'en soit la signification. Le reproche latent est souvent présent : profiteur, faux malade, perturbateur. Malgré notre bonne volonté, il faut reconnaître que les patients psychosociaux sont aux psychiatres ce que les patients psychiatriques sont aux organiciens, c'est-à-dire victimes d'un rejet plus ou moins déguisé. Le piège est hélas à tous les niveaux, car un excès d'ardeur du psychiatre encourage l'immobilisme général et laisse croire que la « bonne solution » passe effectivement par lui.

Et pourtant que faisons-nous ?

La « bonne-mère » que nous représentons — vue de l'extérieur —, va rejeter ces patients après quelques heures ou après une nuit, et ils reviendront le lendemain et le surlendemain avec le même espoir magique. Plus hypocritement sans doute (mais peut-être sommes-nous contraints à cette hypocrisie ?), nous les transférerons dans un hôpital psychiatrique classique où ils croiront à une fausse prise en charge, fausse

puisque la spécificité psychosociale n'y est jamais vraiment reconnue. Rappelons que 70 % d'entre eux y sont passés !

La réponse psychiatrique ne sera que partielle et symptomatique, inadéquate même si la régression est offerte, puisque cette réponse portera sur un symptôme et non sur la vraie demande. Alors, soit le patient s'incrute en attendant, et il finit par se faire rejeter, soit il sort faussement guéri (du symptôme uniquement) et il rechute évidemment, soit il passe à l'acte et est alors expulsé, voire colloqué.

Conclusion provisoire

A ce stade, il importe de poser la question de l'utilité sociothérapeutique de la régression et de ses modalités d'application.

La relation entre gratuité et régression nous paraît découler a contrario des considérations que nous avons évoquées à propos de l'argent dans son rôle de protection contre les débordements régressifs. Par suite, est-il légitime de proposer la gratuité comme une mesure dont les aspects sociaux sont généralement les seuls pris en compte, mais dont les implications psychologiques sont sans doute prévalentes ?

Nous pensons que oui, mais aussi que le système d'aide profite de sa « bonne foi » sociale pour mieux évacuer les « obligations » psychologiques qui en découlent, comme si le fait de ne pas payer « en argent » était déjà bien suffisant et qu'il serait vraiment incongru de réclamer plus. C'est pourtant le contraire qui se passe, l'absence de paiement ouvre les portes de l'exigence, stimule les appétits de régression, non seulement en raison des implications propres à la gratuité mais aussi en raison des manques psychologiques des patients concernés par cette mesure.

Il nous paraît y avoir une grande adéquation théorique entre l'offre et la demande ; la demande de prise en charge inconditionnelle, « gratuite », sans mépris ni rejet, avec acceptation de l'angoisse massive, parfois très brute, et de la manipulation, parfois irritante, mais celle-ci masquant souvent celle-là (d'autant plus que l'on s'approche du pôle abandonnique) ; l'offre psychosociale où l'aspect psychologique ne devrait pas être aussi exclusif, au profit d'une structure beaucoup plus ouverte que l'hôpital psychiatrique, structure sociale, psychosociale certes, comme par exemple un centre de guidance qui — pourquoi pas — fonctionnerait 24 h sur 24 avec possibilité d'hébergement limitée.

Ceci permettrait à un patient de vivre, puis de dépasser une crise dans une structure qui serait à même d'assurer par après la mise en route d'une prise en charge ambulatoire mais contrôlée de près, alors

que notre système actuel morcèle au maximum l'aide apportée entre l'urgence dite psychiatrique, le suivi en policlinique ou à l'hôpital et la prise en charge sociale. A l'évidence, une seule structure dont ce travail serait le but essentiel serait plus sécurisante, plus rentable et plus efficace.

Enfin, le fossé qui s'est souvent créé entre un tel patient et ce qui lui reste de famille et/ou de milieu social pourrait être beaucoup mieux comblé par des visites « sur le terrain » qu'il est bien difficile de réaliser au départ d'une institution psychiatrique classique.

En résumé, la gratuité est une mesure sociale positive qui donne à un certain type de patient l'espoir de rencontrer une structure qui le (com)prendra, mais les modalités d'application satisfaisantes, de cette mesure font totalement défaut, car on s'en est tenu au strict aspect financier en négligeant les vertus thérapeutiques implicitement contenues dans une telle mesure. De ce fait, une institution comme l'hôpital général ne peut valablement offrir une aide psychosociale gratuite, dans tous les sens du terme. Seules des structures spécifiques pourraient vraiment aider le patient psychosocial.

RESUME

La gratuité est une mesure sociale positive, particulièrement spécifique des patients psychosociaux, mais appliquée dans un contexte insatisfaisant parce que l'aspect financier est le seul considéré et que sont ainsi éludées les autres exigences thérapeutiques implicitement contenues dans une telle mesure.

SAMENVATTING

De kosteloosheidsmyte en de psychosociale werkelijkheid.

De kosteloosheid is een maatschappelijk positief gegeven vooral dienstig in psychosociale gevallen maar wordt in een onbevredigend kader toegepast, omdat men alleen oog heeft voor de geldelijke gegevens en de andere, dergelijke maatregelen verzeggende, therapeutische vereisten ontlopen worden.

RIASSUNTO

Mito della gratuita' e realta' psicosociale.

La gratuità è una misura sociale positiva, particolarmente specifica di pazienti psicosociali, ma applicata in un contesto insoddisfacente perchè l'aspetto finanziario è l'unico preso in considerazione e sono così eluse le altre esigenze terapeutiche implicitamente contenute in una misura di questo genere.

RESUMEN

Mito de la gratuidad y realidad psicosocial.

La gratuidad es una medida social positiva, particularmente especifica pacientes psicosociales pero aplicado en un contexto insatisfaciente por que el aspecto financiero es el unica considerado y que de este modo son eludidos las otras exigencias terapéuticas implicitamente contenidas en una medida tal.

BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT J.C., MARIE-CARDINE M. « Influence éventuelle des divers systèmes de rémunération sur la relation médecin malade », XIII^e Colloque International de Psychologie Médicale (Liège, 1971), table ronde n° II, rapports n° 2 et 5. *Psychol. méd.*, 5 (1973).
- BUGLASS D., HORTON J. The repetition of parasuicide : a comparison of three cohorts. *Brit. J. Psychiat.*, 125 (1974).
- CAROLI F., OLIE J.P. Nouvelles formes de déséquilibre mental. LXXVII^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson, 1979.
- DEBRAY Q. *Le psychopathe. Nodules*. Paris, PUF, 1981.
- DSM III. Critères diagnostique de la personnalité antisociale. In : *Troubles de la personnalité*. Paris, Masson, 1983.
- FEIGHNER *et al.* Antisocial personality disorders. In : « Diagnostic criteria for psychiatric research ». *Arch. gen. Psychiat.*, 26 (1972).
- FLAVIGNY H. *De la notion de psychopathie*. Cité par Debray Q, *op. cit.*
- LEMAY M. *J'ai mal à ma mère*. Fleurus.
- OSOUF P., HADNI J.C. A propos de la psychothérapie gratuite en institution. *Psychol. méd.*, 3 (1971).
- SCHNEIDER P.B., DUYCKAERTS F. « L'argent en psychanalyse ». XIII^e Colloque International de Psychologie Médicale (Liège 1971), table ronde n° IV. *Psychol. méd.*, 5 (1973).
- WOODRUFF R., GUZE S., CLAYTON P. The medical and psychiatric implications of antisocial personality (sociopathy). *Dis. nerv. Syst.*, 32 (1971).

A. MALCHAIR

Département de Psychologie
Médicale et Médecine Psychosomatique
Boulevard de la Constitution 153
B-4020 Liège (Belgique)
