

RHIZOME

RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.



#64

Juin 2017

Ces morts qui existent

Nicolas Chambon

Édito

Un constat résonne malheureusement comme une évidence : les inégalités de la vie se prolongent devant la mort. Les morts de la rue, « invisibles », (en témoigne la difficulté d'avoir des statistiques de décès représentatives) sont appréhendés comme le symptôme de la relégation sociale et des effets néfastes de l'individualisation. Les conséquences de la précarité, de la perte de liens, ne s'arrêtent pas après le décès : qui se soucie de la mort des plus précaires ? Au-delà d'une vision nostalgique où la communauté familiale et les proches étaient présents pour organiser les funérailles, des collectifs se mobilisent aujourd'hui pour coordonner les obsèques de ces défunts, et surtout leur donner une visibilité. Il y a enjeu à socialiser la mort, les morts, notamment pour les plus exclus.

Sommaire

- 3 > 4 *Mortalité des personnes sans domicile: enquêter, dénombrer et décrire en 2015*

Maya Allan

Le suicide des personnes sans-abris: une silencieuse tragédie

Edouard Leaune

Halima Zeroug-Vial

- 5 > 6 *Morts de la Rue et « Goutte de Vies » : un collectif toulousain*

Aude Brunel

Yves Cévènes

Et après?

Nicolas Velut

- 7 > 8 *Fin de vie et précarité*

Régis Aubry

- 9 > 10 *Appréhender la mort. Une équipe de travailleurs sociaux*

Nawal Lemnawar

Virginie Gaudon

Gabriel Moffet

- 11 *Les deux branches du compas*

Nadia Touhami

- 12 *Qu'apporte une analyse de la pratique après la mort des gens de la rue ?*

Jean Furtos

- 13 > 14 *Se retirer pour survivre*

René Roussillon

- 15 *Les maux et les choses : figures et destins du travail de deuil dans la syllogomanie*

Adrien Pichon

- 16 > 17 *Migrants morts, des fantômes en Méditerranée?*

Évelyne Ritaine

- 18 > 19 *Ne pas oublier les morts*

Vinciane Despret

- 20 *Actualités*

Ces morts sont aussi des évènements, souvent tragiques, parfois brutaux, ou qui s'inscrivent dans un long chemin plus ou moins prévisible... La « fin de vie » est devenue objet d'intérêt pour de nombreux acteurs, notamment soignants. Mais jusqu'où aller dans la médicalisation ? Pour Régis Aubry, finir sa vie à l'hôpital pour les plus précaires est problématique, car l'hôpital ne permet pas forcément un accompagnement digne pour ces personnes. Il appelle de ses vœux à la création de lieux adaptés. Pour les structures de réinsertion, le décès d'un usager peut être vu comme un échec de l'accompagnement. Comment, par exemple, concilier une visée de « réinsertion » ou de « réhabilitation » et d'accompagnement à la fin de vie ?

Accompagner, être là, donner du sens

Plusieurs articles l'abordent, l'accompagnement ne cesse pas avec le décès de la personne. Trois d'entre eux rendent ainsi compte des manières d'intervenir auprès de personnes ayant vécu la mort d'un proche. Pour les cliniciens du social, représentés par le Samu social, il s'agit d'être là, d'être présents, pour mieux « appréhender la mort », et de créer du « rite » pour que chacun puisse s'y inscrire.

Lors du comité de rédaction, nous avons été étonnés d'entendre des cliniciens se considérer comme non formés ou équipés face à la mort. Une autre surprise apparaît à la lecture de l'article de Nadia Touhami, aumônière. Selon elle, la croyance d'une vie après la mort ne facilite pas nécessairement la fin de vie. Il ne serait donc pas question de compétence ou de croyance pour faire face à la mort. On comprend alors l'importance d'entendre et d'appréhender le décès comme faisant partie de la vie. C'est aussi le sens de l'intervention dans le cadre d'analyse des pratiques « post-mortem » proposée par Jean Furtos. Comme si la clinique rappelait à la vie, en liant les évènements et les sujets entre eux dans la « communauté des vivants », pour leur donner du sens et surtout faire d'un décès un évènement supportable pour les vivants.

Au sujet de la mort et de l'existence

Les deux contributions de psychologues cliniciens investissent la « frontière » entre la vie et la mort, comme objet clinique, où le passage doit être mis en sens. À l'appui d'une réflexion et d'une pratique psychanalytiques, René Roussillon caractérise une stratégie possible pour faire face à un traumatisme extrême : se retirer de la vie sociale pour continuer à « exister » psychiquement, mais au prix d'une perte de reconnaissance sociale. Pour ce psychanalyste, il ne suffit pas d'*activer* le social pour accompagner ces personnes, mais remonter aux sources du traumatisme. Avec le même référentiel théorique, Adrien Pichon nous amène à interroger comment les personnes disparues existent pour des sujets en situation d'incurie. « Animer » le vivant, c'est donner une « autre » valeur (différemment de la valeur d'usage et d'une forme de rationalisation objective des attachements) aux objets que ces personnes entassent. Prenant le contre-pied d'une définition normative du deuil, venir signifier l'attachement porté à ses objets - se rappeler à l'existence de ces êtres perdus - apparaît alors comme une des conditions sine qua non pour envisager sur ce qu'il convient de débarrasser. Cet enseignement peut même nous permettre de faire face à nos angoisses de mort : nous existons pour l'autre, même une fois mort !

L'existence des morts

Les deux dernières contributions nous questionnent sur un autre plan : que nous disent ces morts ? Les disparitions massives en Méditerranée au cœur de l'article d'Évelyne Ritaine sont des évènements tragiques. Littéralement des personnes risquent leur vie pour migrer... Visibiliser ces morts apparaît alors comme une proposition *minimale* alors que la disparition de ces migrants les réduit à n'être que des « fantômes ». Au-delà des statistiques, il s'agit encore une fois de mettre des noms sur ces morts, de retracer leur existence. Entendons aussi cette contribution comme un appel à considérer le vis-à-vis de la mort : ce qui fait une vie. Comment sommes-nous concernés ? À quoi sommes-nous tenus ? Les mots de la fin de ce numéro reviennent alors à Vincianne Despret qui nous invite à tisser des liens entre ceux qui sont ici et ceux qui sont ailleurs.

Bonne lecture...

Maya Allan

Épidémiologiste pour le Collectif les Morts de la Rue

« En interpellant, en honorant ces morts, nous agissons aussi pour les vivants ! »

Paris

Mortalité des personnes sans domicile: enquêter, dénombrer et décrire en 2015

Le Collectif les Morts de la Rue (CMDR) a été créé en 2002 par des travailleurs sociaux et des personnes en situation de rue. Rapidement, plusieurs associations se joignent au CMDR. Les objectifs en sont les suivants :

- Faire savoir que vivre à la rue mène à une mort prématurée
- Dénoncer les causes de décès
- Veiller à la dignité des funérailles
- Accompagner les proches en deuil

Une étude rétrospective, posthume, basée sur les déclarations des tiers (amis, famille, proches, etc.), a été menée à l'aide d'un questionnaire standardisé concernant les décès de personnes « SDF » et anciennement « SDF » survenus en 2015 en France et signalés au CMDR. Au total, 585 décès survenus en 2015 ont été transmis au CMDR. Parmi eux, 497 personnes étaient « SDF » et 88 anciennement « SDF ». Parmi les personnes « SDF », 55,6% des personnes sont décédées en situation de rue.

Ces chiffres ne reflètent que partiellement la réalité : d'après une étude menée en collaboration avec l'Inserm-CepiDc en 2013, le nombre total des décès de personnes « SDF » en France en 2015 est estimé à 2 838 (entre 1 489 et 4 253)¹, soit environ 17%. Au vu de la faible exhaustivité et de la part importante des données manquantes, ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des décès de personnes « SDF » survenus en France et doivent être interprétés avec précaution.

Les sources de signalement des décès survenus en 2015 diffèrent : en Île-de-France, ce sont les associations, les partenaires institutionnels, les hôpitaux, dans les autres régions, les Collectifs régionaux (15 associations existantes en France) et les médias sont les sources principales. Une différence est notable pour la région Île-de-France, avec davantage de particuliers signalant des décès.

Démographie

Les personnes « SDF » étaient âgées de 52,5 ans en Île-de-France et de 47,9 ans dans les autres régions, soit 49,6 ans en moyenne.

L'âge au décès est inférieur de près de 30 ans à l'âge moyen au décès des hommes en France : 78,9 ans en 2015. Toutefois, il est plus élevé chez les personnes anciennement « SDF » : 60,1 ans.

6 enfants de 0 à 5 ans sont décédés, dont 2 nouveaux nés. Tous étaient d'origine étrangère : familles bulgares ou roumaines de la communauté Rom, une migrante erythréenne.

43 femmes sont décédées (dont 3 mineures), soit 8%. 58% d'entre elles étaient en situation de rue.

Elles étaient âgées en moyenne de 52 ans et avaient vécu en moyenne 8,5 ans à la rue.

48% des personnes décédées étaient nées en France, 15% des personnes étaient nées en Union Européenne, 20% des

personnes étaient originaires de pays hors Union Européenne. 17% des personnes étaient de nationalité inconnue.

Les personnes décédées avaient passé 10 ans à la rue en moyenne et 24% des personnes avaient passé plus de 10 ans à la rue.

Les personnes décédées étaient en lien avec leur entourage : plus de 10% des personnes ont contacté et rencontré leur famille au cours du dernier mois et de la dernière année. Pour 65% des personnes, des liens sociaux ont été décrits : amis, voisins, famille, maraude, accueil de jour...

Décès : période, causes, pathologies

Les décès ont eu lieu tout au long de l'année. En comparaison avec la population nationale (données INSEE), il apparaît que la population générale montre une hausse de 15 % des décès en hiver. La population « SDF » montre la même hausse, et ce depuis 2012. L'idée reçue de l'augmentation des décès de « SDF » en hiver n'est donc pas confirmée par les chiffres des décès signalés au CMDR.

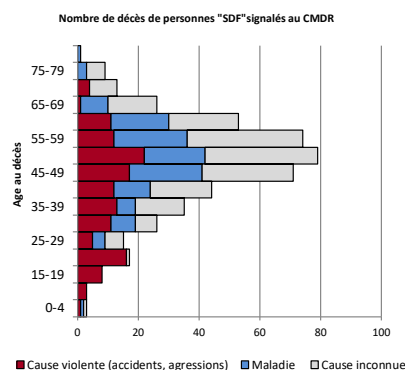
60% des décès ont été signalés hors Île-de-France, en majorité dans les régions abritant un collectif d'accompagnement des morts de la rue. 61% des décès ont eu lieu dans des communes de plus de 100 000 habitants.

Parmi les personnes « SDF », 44% sont mortes sur la voie publique ou en abri, 37% en lieu de soins. Parmi les anciennement « SDF », les chiffres changent, 58% sont décédés en logement/hébergement, 28% sont décédés en lieu de soins.

Pour rappel, 57% de la population générale décède à l'hôpital.

Les causes de décès sont connues pour seulement 55% des personnes. Pour les personnes « SDF », les causes violentes sont davantage rapportées (meurtres, accidents, suicides). Pour les personnes anciennement « SDF », la maladie, notamment les cancers, sont plus fréquents².

Cette tendance varie selon l'âge de la personne, les personnes plus jeunes sont davantage victimes de causes de décès violentes (agressions, accidents, suicides, etc.).



Causes de décès selon l'âge de décès

¹ Vuillermoz, C. et Aouba, A. (2014). Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. *BMC public*.

² ONPES. (2013). *La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010*, 1-9.

Addictions et troubles mentaux

Un tiers des personnes sont décrites comme consommatrices d'alcool. Ce chiffre est cohérent avec les résultats de l'enquête Samenta³ et l'article de François Beck⁴ sur la santé mentale des personnes sans domicile, où 20% des personnes étaient décrites comme consommatrices d'alcool. Les personnes anciennement « SDF » déclarent davantage un sevrage, qui a fort probablement contribué à la stabilisation en hébergement.

15% de personnes sont décrites comme consommatrices de drogue, et 15 décès sont dus à une polyintoxication de drogues, alcool et/ou médicaments. Toutefois, ce chiffre est probablement sous-estimé, les résultats toxicologiques des examens médico-légaux étant très rarement connus.

16% des personnes sont décrites avec des problématiques psychiatriques, contre 30% dans l'enquête Samenta. Ceci est dû au fait que les descriptions des personnes décédées sont rapportées par des tierces personnes non médicales, qui parfois n'ont pas connaissance du parcours médical de la

personne. 7% auraient bénéficié d'une consultation psychiatrique, soit moins de la moitié. 5% des personnes seraient sous traitement, soit moins du tiers. Ces données posent la question de l'accès au traitement et le suivi psychiatrique des personnes en situation de précarité.

Les résultats de 2015 confirment les éléments observés en 2014, 2013 et 2012 : les personnes « SDF » décédées sont majoritairement des hommes jeunes qui meurent après un long parcours de rue, principalement de causes externes (accidents, agressions, suicides), avec une nette surreprésentation des accidents et agressions par rapport à la population générale. Nous notons une relative stabilité de la moyenne d'âge au décès qui reste constante pour la quatrième année consécutive.

L'année 2016 verra la cinquième année de l'étude, et une analyse consolidée sur plus de 2 500 personnes.

³ Laporte, A. et Chauvin, P. (2004). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France.*

⁴ Beck, F., Legleye, S. et Spilka, S. (2006). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Econ. Stat.*, 391, 131-149.

¹ Okamura, T., Ito, K., Morikawa, S., et Awata, S. (2014). Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(4), 573-82 ; Desai, R.A., Liu-Mares, W., Dausey, D.J., et Rosenheck, R.A. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis.*, 191(6), 365-71.

² Beck, F., et Guignard, R., et Du Roscoät, E., et Saïas T. (2010). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Résultats du Baromètre santé.*

³ Observatoire National du Suicide. (2014). *Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche.*

⁴ Feodor Nilsson, S., Hjorthøj, C.R., Erlangsen, A., et Nordentoft, M. (2014). Suicide and unintentional injury mortality among homeless people : a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*, 24(1), 50-6.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.*

⁶ Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., et Geddes J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 2, 5(12).

⁷ Collins, S.E., Taylor, E.M., King, V.L., Hatsukami, A.S., Jones, M.B. et al. (2016). Suicidality Among Chronically Homeless People with Alcohol Problems Attenuates Following Exposure to Housing First. *Suicide Life Threat Behav*, 46(6), 655-663 ; Noël, F., Moniruzzaman, A., Somers, J., Frankish, J., Strehlau, V., Schütz, C., et Krausz, M. (2016). A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(1), 107-14.

Le suicide des personnes sans-abris : une silencieuse tragédie de santé publique?

Edouard Leaune

Psychiatre
Centre Hospitalier le Vinatier
Bron

Halima Zeroug-Vial

Psychiatre
Directrice de l'Orspere-Samdarra
Centre Hospitalier le Vinatier
Bron

Les chiffres établis par le Collectif des Morts de la Rue concernant le rôle du suicide dans la mortalité des sans-abris font ressortir un risque de décès faible dans cette population (1% des décès contre 9% de la population générale). Cependant, ces résultats apparaissent étonnants au regard de ceux retrouvés dans d'autres pays. En effet, une revue de la littérature internationale met en avant le poids majeur du suicide et des conduites suicidaires dans la population des personnes sans-abris. Entre 12% et 66% des personnes sans-abris déclarent ainsi avoir présenté des idées suicidaires au cours de leur vie¹, contre seulement 10 à 15% de la population générale². De même, 18 à 51% des SDF déclarent avoir réalisé une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 5,5% de la population générale³. Cette forte prévalence des conduites suicidaires amène à un taux de suicide de près de 175 pour 100 000 dans la population sans-abris⁴, plus de dix fois supérieur à celui de la population générale (11,4 pour 100 000)⁵.

La première cause évoquée concerne l'évidente adversité psychosociale à laquelle sont confrontées les personnes sans-abris. Les conditions d'isolement social, d'exclusion, de difficultés économiques, de précarité sociale et affective constituent en effet des facteurs de fragilisation psychologique pouvant précipiter des passages à l'acte suicidaires. En parallèle de cette première explication, la forte prévalence des troubles mentaux dans la population sans-abris représente un autre facteur important de décès par suicide⁶. Dans leur étude menée au Danemark, Feodor Nilsson et collaborateurs trouvent ainsi un fort lien entre schizophrénie, troubles de l'humeur, addictions et suicide

chez les sans-abris.

Cette différence entre les résultats français et internationaux pourrait sans doute s'expliquer par un défaut de recueil des suicides dans la population sans domicile. Il est ainsi marquant de noter que dans l'étude du Collectif en 2016, 45% des décès étaient considérés comme étant de « cause mal définie ou inconnue » dans la population sans-abris contre seulement 9% dans la population générale. Ceci pourrait sans doute recouvrir une part non négligeable de suicides non reconnus comme tel du fait de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte ou du défaut de communication de la part des instituts médico-légaux de la cause du décès.

Du point de vue de la prévention, seuls les dispositifs de Housing First ont pour l'heure démontré leur intérêt, en permettant une diminution des idées suicidaires et de leur intensité de manière significative⁷. L'accompagnement social et sanitaire, associé à la possibilité d'un accès pérenne au logement, proposés par ces dispositifs apparaissent ainsi comme des moyens de prévention solides du risque suicidaire en agissant précisément sur les principales causes de suicide que sont l'adversité sociale et les troubles mentaux. Une meilleure identification des décès par suicide des personnes sans-abris apparaît donc comme un enjeu majeur au niveau national pour permettre de situer cette trop silencieuse tragédie de santé publique au premier plan de l'agenda des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé.

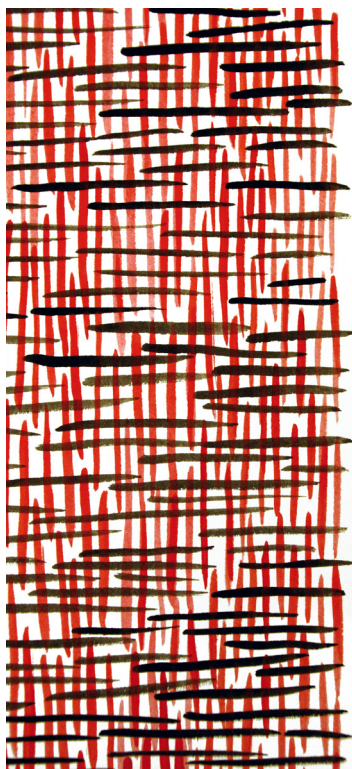
Aude Brunel

Cadre de santé, Chambres Mortuaires du Centre Hospitalier
Universitaire de Toulouse
Partenaire du collectif Goutte de Vies
Toulouse

Yves Cévènes

Secrétaire général du collectif Goutte de Vies
Toulouse

Morts de la Rue et « Goutte de Vies » : un collectif toulousain



Après avoir pris en charge et accompagné plusieurs cas d'espèce, en 2008 à Toulouse, un groupe de bénévoles crée le collectif « Goutte de Vies ». L'objectif est, en premier lieu, de rassembler les énergies et bonnes volontés prêtes à contribuer au repérage, à l'accompagnement de la fin de vie des personnes qui vivent ou ont vécu à la rue, et ce jusqu'à leurs funérailles. La confrontation au décès sur le terrain a mis en évidence différentes problématiques.

Une population précaire en pleine évolution

En 2008, les SDF constituaient le noyau principal de cette population indigente. Les décès se produisaient dans la plupart des cas sur la voie publique, dans des logements mis à disposition, dans des squats... Au fil des années, on a assisté à une évolution importante : les SDF n'étaient plus les seuls à être dans une situation de très grande précarité dans leur fin de vie. Ce constat s'appuie sur le suivi mis en place, année après année, par le collectif en lien avec les différents intervenants : d'une trentaine de cas dénombrés en 2008 sur le CHU de Toulouse, on est passé huit ans plus tard à soixante-deux cas, soit 100% d'augmentation¹.

L'indigence, définie comme la « situation de quelqu'un qui manque des choses matérielles les plus nécessaires à la vie, comme la nourriture, l'argent »², s'est transformée au gré de l'évolution de notre société en « un manque des choses matérielles, et de liens sociaux et familiaux ». Elle englobe les SDF et les personnes identifiées comme vivant dans une très grande précarité, mais aussi des citoyens établis, ayant un logement, mais restant, au moment de leur décès, sans famille connue ou en rupture familiale depuis de nombreuses années. Les corps de ces défunts vont alors mobiliser l'intervention de nombreux professionnels avant de pouvoir bénéficier du repos éternel auquel a droit chaque être humain.

La fracture sociale, si souvent mise en avant par les Politiques afin d'expliquer en partie la paupérisation de notre société, laisse apparaître une atténuation, voire une dissolution, de la solidarité familiale tant affective que pécuniaire. Les relations intergénérationnelles résistent difficilement aux individualismes et aux conflits familiaux. Les personnes isolées du fait d'une rupture familiale volontaire (ou subie), se retrouvent seules au moment de leurs funérailles.

Le cadre règlementaire et législatif

Au moment du décès, qu'il fasse l'objet d'une enquête judiciaire pour recherche des causes de la mort ou bien qu'il ait eu lieu dans un établissement de santé, le corps de la personne va être conservé dans une chambre mortuaire. L'institution judiciaire ou de santé va rechercher une famille, des proches. Le Code Général des collectivités Territoriales (C.G.C.T.) indique que l'inhumation doit avoir lieu sous 6 jours, et par ailleurs, le Code de la Santé Publique (C.S.P.) précise les modalités à la disposition de l'établissement de Santé dépositaire du corps si ce dernier n'est pas réclamé sous 10 jours. Ces délais sont souvent en contradiction avec ceux nécessaires à la réalisation des recherches ci-dessus : retrouver trace d'une famille après une rupture totale des contacts ou bien dans le cas de personnes « isolées », s'avère difficile car peu d'indices sont à disposition. Les associations qui ont pu être en contact avec la personne décédée, sont souvent un recours important. Sur Toulouse, le collectif « Goutte de Vies - Collectif des Morts de la Rue 31 » assure ce rôle de facilitateur : son réseau relationnel a souvent permis de retrouver des familles en récupérant des informations auprès d'institutions très diverses.

Ensuite, dans le cas où le défunt est isolé et sans ressources ou si sa famille elle-même est sans ressources, les textes législatifs et règlementaires précisent que : l'établissement de santé peut faire procéder à l'inhumation selon les ressources laissées par le défunt (art. R.1112-76 du C.S.P.), ou bien cette mission de service public sera assurée par la commune (art. L.2223-27 du C.G.C.T.). Néanmoins, dans la plupart des cas rencontrés, on se trouve face à une famille qui refuse de prendre en charge l'organisation des funérailles pour des raisons de conflits intrafamiliaux. La démarche mise en place sera alors différente : le CHU adresse par courrier une demande de prise en charge de l'inhumation à la mairie de la commune de décès. Cette prise en charge représente pour la commune un coût certain, d'autant plus important que son budget est contraint, et que le nombre de demandes augmente de façon exponentielle. Elle pourra alors, dans le cas où la famille serait retrouvée, demander aux héritiers directs une participation aux frais engagés ou bien se porter créancier sur la succession du défunt si celui-ci disposait de biens.

L'aspect financier de ces décès a un impact majeur sur la diligence des élus à gérer ces dossiers. La solidarité nationale sera mobilisée, mais tout sera mis en œuvre afin de retrouver les héritiers du défunt. Ils pourront être sollicités, a posteriori, au titre de l'obligation alimentaire afin de rembourser tout ou partie des frais funéraires engagés par la commune.

¹ CHU Toulouse. (2016). *Bilan d'activité des Chambres Mortuaires*.

² Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales.

Les interlocuteurs « ressources »

Le collectif « Goutte de Vies », après avoir effectué un état des lieux des ressources, s'est attaché au fil des années à tisser des liens particuliers avec les établissements de santé, la Justice et les Forces de l'Ordre, la mairie et ses différents services, les associations adhérentes en lien direct avec le terrain. L'objectif était et reste le recueil des informations concernant le parcours de vie du défunt auprès de chaque interlocuteur. Toutes les ressources professionnelles sont mobilisées pour que, au bout du chemin, le décès permette de retrouver si pos-

sible une famille, des proches. Les liens pourront alors, si les parties en présence le souhaitent, être renoués avec bienveillance sous la forme de témoignages, ou par une présence au moment de l'inhumation. Il arrive parfois que le lien ne puisse pas être rétabli. Ce sont alors des bénévoles du collectif qui prépareront la cérémonie laïque, et accompagneront le défunt vers sa dernière demeure au cours d'un hommage individualisé en présence des copains de la rue et/ou des personnes qui ont connu et côtoyé le défunt.

▶ Et après ?

Nicolas Velut

Psychiatre, EMPP du CHU de Toulouse
Membre de l'association « Goutte de Vies »
Toulouse

À Toulouse comme ailleurs, il y a des gens qui vivent « à la rue », qui meurent d'y vivre, dans les interstices du tissu social et urbain, dans l'indifférence générale. Plutôt que d'y mourir, il faudrait plutôt dire qu'ils y disparaissent, qu'ils s'effacent comme au terme d'un processus logique de mise en précarité subjective, puis d'exclusion de la communauté des vivants (quels qu'en soient les déterminants), qui débute bien avant la mort biologique et qui n'est finalement que le but ultime et logique de ce voyage vers le néant. Car ils n'existent déjà plus tout à fait pour nous qui vivons « dans le monde », alors même qu'ils sont tout à fait vivants, tout près de nous qui passons à côté. Certains se sont tus, las de crier leur désespoir sans être entendus, mais d'autres choisissent de s'enfuir, car ils ont leurs raisons... Quoi qu'il en soit, tous s'effacent jusqu'à devenir transparent, se fondant dans la grisaille des murs et des trottoirs, allant jusqu'à faire disparaître leur mort... car mourir, comme naître, n'a pas qu'une portée réelle, biologique : c'est aussi un événement social, public et à ce titre publiable (impliquant une inscription dans les registres officiels). La mort de certaines personnes « à la rue » est en effet assimilable à une disparition pure et simple de leur corps du champ de la réalité et du visible, rien de plus. L'exclusion tend à écraser la dimension sociale de la vie, au profit d'une vie qui serait purement biologique, comme s'il s'agissait de se naturaliser tout à fait... « *into the wild* » : l'exclusion est à entendre comme une mise en suspens et un maintien du sujet « hors cadre » social, culturel et langagier, à le rendre « non signifiant ». A contrario, la meilleure preuve du fait que la mort de chacun est un événement « signifiant » qui concerne tout le monde, ce sont les « appels angoissés » que passent les riverains et les passants, dont le 115 est saturé quand un clochard disparaît du coin de rue où il s'était sédimenté, où il ne semblait plus exister que comme un monument autour duquel on circulait mais qui, sans qu'on s'en aperçoive, organisait l'espace urbain de notre quotidien, ultime façon pour un exclu de se signifier quand même.

« Goutte de Vies », le collectif des Morts de la Rue toulousain (CMR 31) se donne précisément pour but d'essayer de réinscrire le souvenir des morts qu'on oublie dans la mémoire collective, pour permettre aux vivants de mesurer la portée de leur perte, pour les réintégrer dans la collectivité, pour pouvoir aussi continuer à vivre, après...

À chaque occasion que les collègues travailleurs de rue ont d'aller au cimetière de Cornebarrieu, dans les environs de Toulouse, pour de nouvelles obsèques ou tout simplement pour accompagner quelqu'un qui veut se recueillir sur la tombe d'un ami, ils peuvent mesurer le chemin parcouru, singulièrement depuis 2008 que « Goutte de Vies » existe. Le « carré des indigents » a

en effet considérablement augmenté et changé d'allure, il s'est étoffé et personnalisé : ils sont tous là, avec leur nom sur la tombe, et chacun peut alors se recueillir dans la dignité, se souvenir des angoisses, de la tristesse, mais aussi des moments de bonheur partagés avec ceux qui dans la mort ne sont plus des exclus, mais ont réintégré la communauté des hommes. Cette promenade du souvenir permet aussi de mesurer combien la vie « à la rue » est meurtrière, et combien accompagner ceux qui errent peut être parfois douloureux. Tout un imaginaire se met en branle, qui provoque des évocations de ce qu'a été le travail, ces moments partagés avec Pierre, Paul ou Jacques... nécessaire réinscription dans le langage qui accompagne le travail de deuil et qui fait que la vie peut continuer. D'où l'importance de ces lieux du souvenir, mais aussi de temps d'évocation et de parole, plus ou moins ritualisés.

C'est bien cela que permet le travail associatif de Goutte de Vies : en s'occupant des morts que personne ne réclame, en leur rendant un nom, une histoire, une consistance imaginaire et une inscription symbolique, il s'agit surtout de s'occuper des vivants, de ceux qui restent ! En pratique, outre une action de recension statistique participant au réseau national, l'association (qui a passé une convention avec la mairie de Toulouse) a de nombreuses activités : entretenir les tombes du « carré des indigents » ; organiser des cérémonies (laïques ou religieuses, au plus près de ce qu'on peut savoir des croyances du mort) pour ceux que personne ne réclame, faciliter la diffusion des informations et les recherches de l'entourage, accueillir les familles et les mettre en relation parfois quand ils le demandent ; collecter les souvenirs (matériels et immatériels) du défunt pour qu'ils ne soient pas perdus ; et aussi, animer des moments d'évocation de ce que fût la vie du défunt, de ce que fût sa fin, parfois très longue, et de ce que fût sa mort, avec ceux qui l'ont croisé, qui ont parfois vécu avec lui ou bien qui l'ont accompagné jusqu'à la fin, et qui en font la demande.

Goutte de Vies est une chambre d'écho, qui recense les morts que personne ne réclame, comme des faits objectifs (soumis à statistique), mais surtout qui tente de prendre acte des affectations, des effets subjectifs parfois paradoxaux que ces morts « à la rue » provoquent, qui ne sont jamais réductibles à des disparitions, pures extinctions insignifiantes sans effet sur le reste du monde... L'association tente d'œuvrer vers la réinscription dans le champ imaginaire et symbolique (lieu d'inscription dans le langage, recueil des récits et témoignages, traitement légal, culturel...) de ces effets réels et inouïs dus à la disparition de nos semblables, qui sinon pourraient continuer à alimenter la violence et le bruit du monde...

Régis Aubry

Ancien président de L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV)
Responsable du département douleur-soins palliatifs du CHU Besançon
Besançon

Fin de vie et précarité

La précarité n'est pas une situation exceptionnelle

L'hôpital demeure encore aujourd'hui, en partie, le mode d'accès aux soins des personnes en grande précarité¹. De fait, ce sont les services des urgences qui constituent pour les personnes précaires le « service de premier recours ».

Lorsqu'une personne « sort de la norme » – parce qu'elle n'a pas de lieu de vie personnel, pas de possibilité de rester à domicile, pas de moyens pour intégrer une structure d'hébergement ou encore parce qu'elle ne peut pas rester dans une telle structure parce que celle-ci n'offre pas la médicalisation suffisante – elle finit sa vie à l'hôpital.

Or, les résultats des enquêtes renforcent la conviction que l'hôpital ne permet pas un accompagnement digne de ces personnes : elles se trouvent au contraire alors en situation d'indignité, victimes de stigmatisation voire d'une forme de ségrégation, au motif qu'elles « coûtent cher », qu'elles « ne rapportent pas », qu'elles prennent la place de personnes qui ont « véritablement » besoin de l'hôpital dans sa fonction sanitaire.

La précarité comme déterminant de santé est ignorée par le système de santé lui-même : ainsi, le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ne permet pas de caractériser la situation socioéconomique des patients puisqu'il ne concerne que l'activité d'hospitalisation. Ainsi, pour près de la moitié des patients en fin de vie hospitalisés, aucune information n'est disponible concernant leur capacité à subvenir à leur besoin et on peut dire en général qu'il n'existe pas d'outils de repérage des précarités dignes de ce nom.

Ce rapport montre qu'il existe une myriade de structures, organisations et associations destinées à l'accompagnement des personnes en situation de précarité ; mais ces structures sont en général inadaptées à la fin de la vie. Cette diversité nuit d'ailleurs à leur visibilité et à leur compréhension ; elle témoigne probablement de l'absence d'une véritable politique structurée pour les personnes précaires. Elle est plus le fruit de différentes formes de solidarités et d'expériences abouties que d'une véritable politique.

« Ni l'organisation de notre système de santé, ni la formation des professionnels, ni les structures d'hébergement n'ont réellement intégré la fin de vie pourtant inévitable et réelle des personnes en situation de précarité... Les personnes déjà marginalisées ou exclues du fait de leur précarité finissent leur vie où elles peuvent ou bien où elles se trouvent. »

Le cloisonnement entre structures sociales et structures sanitaires est apparu évident et préjudiciable dans ce rapport. À l'intérieur des structures destinées à l'accompagnement des personnes en situation de précarité, à dominante sociale, plutôt vouées à la réinsertion, les professionnels sociaux ne se sentent pas partie prenante de l'accompagnement de fin de vie s'ils ont un rôle véritable d'accompagnement dans les démarches sociales, ils pensent que la fin de vie est le domaine des « experts soignants ». En miroir, du côté des acteurs du champ sanitaire, les professionnels de santé ont une méconnaissance de la situation sociale des personnes, et plus encore des dispositifs et des ressources du champ social. Il existe de fait peu de réelles collaborations entre, d'une part, les acteurs et les structures chargés de l'accompagnement de la fin de vie et des soins palliatifs, et d'autre part, ceux qui ont en charge l'accompagnement social. Le cloisonnement de notre système de santé apparaît évident et totalement inopérant puisqu'il rend les acteurs du soin et de la santé aveugles aux réalités.

Ni l'organisation de notre système de santé, ni la formation des professionnels, ni les structures d'hébergement n'ont réellement intégré cette issue (la fin de vie) pourtant inévitable et réelle des personnes en situation de précarité : en conséquence, celles-ci meurent plus tôt, finissent mal leur vie et meurent où elles peuvent. Parfois même leur inhumation est niée. Il est donc encore des morts anonymes et donc indignes.

« Il existe une myriade de structures, organisations et associations destinées à l'accompagnement des personnes en situation de précarité; cette diversité nuit à leur visibilité et à leur compréhension ; elle témoigne probablement de l'absence d'une véritable politique structurée pour les personnes précaires. »

La précarité gagne du terrain : ainsi, il ne faut pas méconnaître une conséquence impensée des avancées et des progrès de la médecine : rendre possible le prolongement de la vie avec une maladie grave peut s'accompagner, plus fréquemment qu'on l'imagine lorsque les revenus du foyer sont faibles, d'une précarisation, pouvant aller jusqu'à la perte du logement.

Il existe donc une précarisation du fait de la maladie. Il faudrait augmenter le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui accueillent spécifiquement des personnes âgées sans domicile ou en situation de grande précarité financière ; augmenter les dispositifs de type lits d'accueil médicalisés, spécialisés dans l'accueil des personnes sans domicile atteintes de pathologies chroniques à pronostic plus ou moins sombre. Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), de par leurs missions de coordi-

¹ L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) a consacré ses travaux en 2014 à la précarité et à la fin de vie. L'Observatoire souhaitait éclairer une double zone d'ombre : celle de la fin de la vie et de la mort, celle de la précarité.

Le rapport de l'ONFV était issu de plusieurs enquêtes qu'il a conduit : *La fin de vie en Appartement de Coordination Thérapeutique ; SCEOL : Situation sociale des patients en fin de vie à l'hôpital ; La fin de vie des patients hospitalisés à domicile ; L'accompagnement social des personnes en fin de vie et en situation de précarité à l'hôpital ; Fin de vie en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ; Unités de soins palliatifs et précarités ; Équipes Mobiles de Soins Palliatifs et Précarités ; Fin de vie en pension de famille ; CCAS et inhumation des indigents.*

Sur 10 000 personnes hospitalisées en France chaque semaine, 2 500 sont en fin de vie, dont 13% en situation de précarité. La moitié de ces personnes en fin de vie en situation de précarité le sont du fait de leur maladie.



nation médicale et psycho-sociale, leur accueil sans limitation dans le temps des personnes malades en situation de précarité et de leurs proches aidants semblent être l'un des rares dispositifs adaptés pour l'accompagnement des personnes en fin de vie en situation de précarité. Enfin, l'hospitalisation à domicile (HAD) est potentiellement un formidable outil pour l'aide au maintien dans leur lieu de vie des personnes en fin de vie et notamment des personnes en situation de précarité. Il faudrait réfléchir à des actions pour qu'au-delà de la visée de l'aide au maintien à domicile, les HAD deviennent un outil de la solidarité pour les plus précaires. Les pensions de familles, qui accueillent sans limitation de durée des personnes sans domicile, au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde pourraient être également investies. Enfin, le bénévolat d'accompagnement devrait être une des expressions de la solidarité envers les personnes les plus précaires et fragiles.

L'intervention des structures de soins palliatifs, comme les équipes mobiles de soins palliatifs, serait à favoriser dans tous les lieux où sont les personnes en situation de précarité afin de privilégier les coopérations et créer une véritable inter acculturation entre les professionnels.

« Il ne faut pas méconnaître une conséquence impensée des progrès de la médecine : rendre possible le prolongement de la vie avec une maladie grave peut s'accompagner, plus fréquemment qu'on l'imagine lorsque les revenus du foyer sont faibles, d'une précarisation, pouvant aller jusqu'à la

perte du logement. Il existe donc une précarisation du fait de la maladie. »

Il serait nécessaire de former les étudiants en santé et les professionnels de santé à la réalité de la précarité, à la spécificité des situations et à la prise en charge de ces personnes vulnérables. Il faudrait mettre en place des outils de repérage des fragilités sociales dans le champ du soin à l'hôpital et à domicile à l'attention des équipes soignantes.

Dans tous les lieux qui sont amenés à permettre l'accompagnement de personnes précaires en fin de vie, il serait important de développer l'accueil et l'accompagnement des proches. En effet, la situation de précarité d'une personne malade concerne aussi généralement ses proches ; leur précarité peut être aggravée du fait de la maladie et du décès. Le besoin d'aide est évident. Or, le rôle des professionnels auprès des accompagnants, avant et après le décès, n'est ni reconnu ni valorisé.

En conclusion, ce rapport de l'ONFV montre que la fin de vie des personnes en situation de précarité est un double impensé. Il existe une réelle pauvreté et une réelle précarité dans notre pays. La précarité facilite la maladie grave et la maladie grave facilite la précarisation. Précarité et précarisation sont de véritables accélérateurs d'inégalité : inégalité d'accès aux soins, inégalité de prise en charge, inégalité d'accompagnement. La fin de vie des personnes en situation de précarité n'est pas pensée puisqu'aucun lieu n'est réellement prévu pour l'accueillir et que les professionnels pensent qu'il s'agit « de l'affaire des autres professionnels ». Les personnes déjà marginalisées ou exclues du fait de leur précarité finissent leur vie où elles peuvent et où elles se trouvent.

Chaque territoire de santé devrait disposer d'une filière explicite pour la prise en charge médicale et l'accompagnement des personnes en fin de vie en situation de précarité.

► Pour aller plus loin...

Pour consulter et télécharger le rapport complet *Fin de vie et précarité*, de l'Observatoire national de la fin de vie, nous vous invitons à vous rendre sur le site :

www.onfv.org

Nawal LemnawarÉducatrice spécialisée
Samu social
Lyon**Virginie Gaudon**Éducatrice spécialisée
Samu social
Lyon**Gabriel Moffet**Éducateur spécialisé
Samu social
Lyon

Appréhender la mort. Une équipe de travailleurs sociaux



En 2015, de nombreux décès ont marqué la vie institutionnelle du Samu social, venant percuter le sens que nous donnions à nos missions au regard de notre projet de service et soulevant de nombreuses questions. Quelle peut être notre place de professionnel lors du décès de la personne accompagnée ? Que faire de nos émotions dans ces moments-là ? Le lien que nous nous sommes efforcés d'établir légitime-t-il à lui seul notre présence aux funérailles ? D'expérience, nous avons éprouvé que le décès ne met pas un terme au lien d'accompagnement (annonce du décès, s'assurer d'obsèques dignes...), et que nous avons professionnellement à réfléchir à notre fonction face à la mort.

Samu social, mort au Samu

À Lyon, le Samu social 69 s'est construit autour d'une approche sociale cherchant à construire avec les personnes, par un accompagnement au long cours, un projet de sortie de rue. Peu de réponses immédiates, c'est par la construction d'un lien de proximité basé sur la répétition des rencontres et un maillage partenarial conséquent qu'avec les personnes nous recherchons des possibles pour permettre un mieux-être. Ayant pour vocation d'aller-vers toute personne à la rue, notre mission d'accompagnement est pensée pour les personnes qui à un moment de leur vie ne sollicitent plus le droit commun. « *L'objectif de l'intervention est de former une interface avec ces dispositifs, porte d'entrée de formes de prendre soin et/ou passerelles vers une sortie de rue. Le Samu social pense que cette mise en lien avec les dispositifs peut être vecteur d'émancipation (encourager le souci de soi, conscientiser « l'ancrage de rue », laisser percevoir qu'une autre place sociale est possible, hors de la rue, favoriser l'accès aux droits...).* »¹

Parce que la rue abîme les corps et les esprits, la mort est particulièrement présente dans notre service qu'elle soit réelle ou fantasmée. Nos pratiques sont, de fait, impactées par les inquiétudes que nous portons pour les personnes, (appelant régulièrement les hôpitaux, faisant des disparitions inquiétantes aux commissariats, ...) car si nous ne sommes pas un service d'urgence, nous avons toutefois un rôle de veille auprès des personnes. C'est cette fonction d'alerte, portée par une inquiétude vitale, qui parfois nous permet de mobiliser les appuis nécessaires pour permettre un mieux être à la personne.

À l'épreuve du réel : récit d'une journée funèbre

« Nous sommes vendredi, il pleut. La voiture s'engage sur l'autoroute, nous partons dans son village natal. La voiture est pleine. Nous sommes avec d'autres professionnels l'ayant accompagné et son compagnon. Nous partons aux obsèques de Sandrine².

C'est un voyage silencieux qui nous attend car il est difficile de trouver les mots, difficile même de choisir une station radio. Chacun emmuré dans ses pensées, ses souvenirs.

Sandrine est décédée mardi, après quelques jours d'hospitalisation. Aujourd'hui, nous sommes invités par sa famille à la cérémonie ainsi que son compagnon, Idriss.

Nous sommes accueillis par le père qui vient à notre

¹ Samu social 69, association Alynea. Projet de service 2014-2016.

² Pour respecter l'anonymat, les prénoms sont remplacés par des pseudonymes.

rencontre sur le parking. Il nous parle de la pluie et du beau temps ; nous sommes un peu gênés. Il nous explique l'organisation de la cérémonie et nous convie à la réception qu'ils organisent chez eux après, pour rassembler famille et amis. Il nous explique comment venir, la route à prendre, nous décrit la façade de leur maison. Nous n'avons pas le cœur à refuser tout de suite.

« D'expérience, nous avons éprouvé que le décès ne met pas un terme au lien d'accompagnement. »

Le père se dit content que nous ayons pu faire le déplacement. Alors que Sandrine a œuvré à bien séparer sa vie lyonnaise de celle chez ses parents, elle nous réunit aujourd'hui.

Arrivés en avance pour qu'Idriss puisse dire au revoir à Sandrine avant la fermeture du cercueil, nous attendons la cérémonie. Faisant des allers-retours, entre la salle où repose le corps et l'extérieur, portant un regard bienveillant sur Idriss que nous accompagnons. Certains discutent avec les parents qu'ils avaient eu souvent au téléphone. Nous évoluons au milieu de la famille, des amis et voisins, rencontrons la fille de Madame et ses amies.

« Comment se nommer alors même que la voiture du Samu Social est garée sur le parking ? »

Il nous est difficile de trouver notre place, de savoir quoi dire. Comment se présenter ? Comment se nommer alors même que la voiture du Samu social est garée sur le parking ? Nous alternons entre la place de l'accompagnant vis-à-vis d'Idriss, la place de professionnel du Samu Social qui a accompagné Madame, la place d'aide aux aidants vis-à-vis des partenaires présents et notre part personnelle, touchée par ce décès. Nous sommes plein de questionnements : quelle image renvoyons-nous à la famille ? Que portons-nous de ce qu'était Sandrine ? Que dire aux personnes présentes ?

La salle est petite et il y a beaucoup de monde, bien plus que ce que la famille avait prévu. L'émotion est vive, à l'image de la sensibilité de Sandrine. Les musiques et hommages se suivent, enfin chacun à notre tour, nous nous approchons pour saluer une dernière fois Sandrine. Nous ne pouvons retenir nos larmes, les souvenirs s'emmêlent, c'est confus. Nous repensons aux bons moments mais surtout à ceux plus difficiles. À cette violence que nous a fait vivre Sandrine, à l'impuissance dans laquelle elle nous a tant de fois mise. À tout ce qu'on aurait souhaité faire avec elle, à toute cette vie qui l'habitait, même quand elle se tuait à petit feu. Difficile d'assumer nos larmes, quand nous sommes à notre place de professionnel.

Nous nous rendons ensuite au cimetière. C'est encore un moment bien chargé d'émotion. Nous sommes plutôt à l'écart, dans une place d'accompagnant d'Idriss. Rapidement, nous saluons les membres de la famille et repartons pour Lyon.

Le trajet du retour se fera dans le même silence mais peut-être un peu plus léger. »

Place du Samu social dans la mort et création de rites

Parce que nous travaillons à établir un lien de confiance avec les personnes, lien emprunt d'émotions, de respects, d'histoires communes... il nous paraît nécessaire et important d'être présent aux cérémonies pour se dire au revoir et ainsi

permettre le deuil.

« Institutionnaliser qu'il est bien dans nos missions de veiller à ce que même dans la mort les personnes ne soient pas à nouveau exclues. »

La mort normalise, mais elle renvoie bien souvent à l'isolement des personnes, aux ruptures familiales anciennes et à la complexité d'être en lien. En cela, il nous a été nécessaire de travailler l'accompagnement autour de la mort, de le penser en termes d'organisation d'équipe mais aussi en termes de postures. Institutionnaliser qu'il est bien dans nos missions de veiller à ce que même dans la mort les personnes ne soient pas à nouveau exclues. Ainsi au même titre que de leur vivant, nous nous assurons du droit des personnes à des obsèques et à une sépulture.

Pour reconnaître et valoriser ce temps de travail nous avons ainsi fait évoluer notre projet de service en y inscrivant l'accompagnement autour de la mort comme une de nos missions. Une formation d'équipe autour de cette question nous a permis de mettre au travail nos représentations, ressentis et par la suite d'instaurer des rituels simples pour rendre hommage, laisser une trace dans le service et favoriser notre cohésion d'équipe lors de ces temps.

Ainsi nous portons attention à ce que lors d'un décès chaque membre de l'équipe soit prévenu de manière orale, délicate et que personne ne se rende seul à un enterrement.

Un temps de parole en réunion est dédié au partage des moments forts vécus avec la personne, souvenirs qui seront consignés dans un cahier intitulé *Au fond de l'inconnu pour trouver du nouveau*³. L'achat de fleurs ou autre ornement pour la cérémonie est possible et réalisé par le service.

Enfin, avec l'aide de notre chef de service, nous veillons concrètement à ce que les familles soient recherchées, à prévenir les partenaires et les pairs de rue afin qu'ils puissent (avec l'accord des familles lorsqu'elles y sont) être présents. Il nous semble effectivement important de pouvoir porter une parole aux familles, mais aussi aux personnes de la rue qui ont partagé le quotidien du défunt et à qui bien souvent la mort renvoie, en miroir leur propre condition de vie. Nous pouvons ainsi organiser des cérémonies ou des temps de recueillement en dehors des funérailles lorsque, par exemple, la famille souhaite rester dans l'intimité ou qu'un corps est rapatrié.

« Ces rites n'ont pas vocation à gommer les émotions. »

Une rencontre institutionnelle avec l'Autre Rive⁴ va se réaliser prochainement avec l'idée qu'ils sont dans certaines situations, partenaires du Samu social. Une formation avec des professionnels du soin palliatif est prévue pour aller plus loin sur cette difficulté inhérente au fait de parler de la mort (volontés des personnes, respect de leur croyance...).

Ces rites n'ont pas vocation à gommer les émotions qui nous traversent lors du décès d'une personne que l'on accompagne, parfois depuis de longues années, mais cette reconnaissance valorise le travail de lien et de soutien fait auprès des personnes et de leur entourage refermant ainsi la boucle de notre relation « sans la mort, la vie serait incomplète. »⁵

³ Baudelaire, C. (1857). *Les fleurs du mal*. Poème « Le voyage ».

⁴ Association œcuménique de bénévoles proposant d'organiser des cérémonies funéraires religieuses ou non.

⁵ Wilde, O. (1895). *L'importance d'être Constant*.

Nadia TouhamiAncien aumônier de l'assistance publique des Hôpitaux de Marseille
Briançon

Les deux branches du compas

« Si loin et si longtemps que tu ailles, c'est au point de départ que tu arriveras de nouveau, de même que le compas dont une pointe est posée sur le centre et l'autre sur la périphérie : si longtemps qu'il tourne, il ne fera jamais qu'arriver de nouveau au point dont il est tout d'abord parti. » Sohrawardī, S.-a.D. (1976). *L'archange empourpré. Quinze traités et récits mystiques*. Fayard.

Matière, naissance, mort physique ou figurée, tension entre forces contraires, inéluctable fatalité, libération, rite de passage, vanité, recherche d'éternité, pourrissement, engrais, s'inscrivent irréductiblement dans la course folle de la pointe du compas sur le périmètre de la vie.

Pour le simple croyant, habité par un monde binaire, la vie est un don frappé de précarité, la mort elle, départage le bon et le mauvais, son visage est terrifiant : « Du jour où il aura été sonné dans la trompe, plus de parentèle entre les morts, non plus qu'ils ne s'interrogent. Celui dont la balance est lourde... ceux-là sont les comblés. Celui de qui elle est légère... ceux-là se seront eux-mêmes perdus, et s'éternisent dans la Géhenne. Le feu lèche leur face, béante sur un rictus. » Coran XXIII 101-104¹.

Pour le chercheur en quête de sens, la mort symbolise le changement profond que subit l'homme sous l'effet de l'initiation. Dans toutes les traditions, les sages nous enseignent que l'âme peut être purifiée pour devenir peu à peu un instrument de connaissance intuitive puis se transformer encore jusqu'à se fondre dans l'esprit. Les étapes de ce cheminement passent par les passions, la cupidité, l'orgueil, la morale, la repentance, le tourment, l'inspiration, le détachement, la science, l'humilité, l'apaisement, la sagesse pour arriver enfin à la satisfaction. À ce degré, dans l'unité retrouvée, corps, âme et esprit participent de la même réalité.

Chacune de ces étapes se caractérise par une mort symbolique puis une renaissance, mais qu'advient-il lorsque la mort physique intervient avant l'état suprême de la plénitude ? Aumônier, au chevet des mourants ou dans l'exécution des rites funéraires, c'est la question que je me pose. Je n'ai pas de réponse, seulement des impressions.

L'impression que c'est à l'instant de la mort que les rites prennent tout leur sens, que chacun, agonisant, soignant, proche, accompagnant, quelles que soient les croyances, les convictions, s'invente son propre récit de la mort, l'alimente de son propre imaginaire, culture, représentations.

Je pensais que la croyance en une vie après la mort facilitait la fin de vie, mais ça n'est pas toujours le cas. La peur du « jugement dernier » paraît parfois plus terrifiante que la sensation d'anéantissement ou de néant ressentie par la personne athée. Tout est question de spiritualité et la religiosité n'est pas spiritualité tout comme l'athéisme est une conviction qui peut s'accompagner d'un questionnement d'ordre métaphysique.

L'acceptation de l'inéluctable réside aussi dans la préparation. Il y a cinquante ans, la mort faisait davantage partie de la vie. Chaque famille était frappée au moins une fois par an, les gens mourraient chez eux. Avec l'allongement de la vie et les prises en charges hospitalières, la majorité d'entre

nous meurt à l'hôpital. La question de la mort devient rare, lointaine, on n'en parle pas en famille, on n'aborde pas la question des obsèques, du don d'organe, des soins palliatifs et lorsqu'elle survient, très souvent, c'est la panique voire le désespoir.

Face au respect des vœux du défunt, se pose le problème de la présence massive de prêcheurs de tous bords qui saisissent l'opportunité de ces instants de fragilité pour placer les personnes sous emprise morale, financière et politique. L'hôpital est un lieu fermé pour l'agonisant, pas pour les visiteurs. La loi sur la laïcité, facilite l'accès au culte dans les hôpitaux publics mais pas dans le privé et surtout ne contrôlent pas ce qui se passe dans les aumôneries. Parfois des visiteurs viennent « prêcher » pour des entreprises de pompes funèbres et à l'heure de l'établissement du devis pour des obsèques, le flou est total.

Chaque mort nous ramène à notre propre finitude et, de l'hôpital au lieu d'inhumation ou de dispersion des cendres, les termes de mort encéphalique, décès médicalement constaté, prélèvement, autopsie, obstacle médico-légal, toilette mortuaire, extraction, méchage, bouchonnage, habillage, enveloppement, soins de conservation, maquillage, cercueil en pin massif teinté, foncé, finition satinée avec trappe équipée d'une enveloppe métallique hermétique, avec filtre et hublot, poignée résine finition bronze, transferts, rapatriement, concession, etc., participent toujours d'un mauvais rêve et puis il y a l'odeur.

Je n'ai pas de certitude, je n'ai pas de réponse mais j'ai compris qu'au moment de la mort, ma mission ne consiste pas à faire mais à être. Ne consiste pas seulement à prier mais à créer l'espace de sérénité nécessaire à l'atténuation de la douleur de l'arrachement. L'instant de la mort m'apparaît alors sans masque, sans fard, sans trompettes ni tambours. Un instant de vérité qui me laisse, à chaque fois avec l'impression qu'elle commence bien avant le dernier souffle et dure bien après.

Face à la mort, point d'égalité, d'équité ou de parité aussi, musulmane, imprégnée de soufisme tout autant que de féminisme, je mets un point d'honneur à permettre aux femmes qui le souhaitent, par ma simple présence, de veiller et d'accompagner leurs morts au cimetière, ce que la tradition musulmane n'autorise pas. À chaque fois, elles se passent le mot et au cimetière, elles sont des dizaines à me suivre, elles viennent pour le mort ou pour leurs morts, pour l'hommage et pour faire leur deuil, notion qui reste à mieux comprendre et mieux prendre en compte.

Du nadir au zénith, Mère Nature transforme lentement l'atome et lui laisse tranquillement le temps de prendre sa place dans la danse.

« Mon âme, ensemble nous formons les deux branches d'un même compas. Et bien que nous ayons deux pointes, nous sommes un même corps. Nous tournons sur l'une des pointes pour ne décrire qu'un cercle, jusqu'au jour final qui verra nos deux branches s'unir. » Khayyam, O. (1997). *Robayat*. Poésie/Gallimard.

¹ Berque, J. (2002). *Le Coran. Essai de traduction*. Albin Michel.

Jean FurtosPsychiatre des hôpitaux honoraire
Lyon

Qu'apporte une analyse de la pratique après la mort des gens de la rue ?

Il ne va pas de soi de penser la mort d'une personne que l'on a connue et suivie en soins, ou en accompagnement social, comme étant un élément de vie qui nécessite une pensée clinique de type analyse de la pratique. Et pourtant, il en est ainsi dans certaines situations. On sait, même si cela est loin malheureusement d'être la règle, qu'il est important de parler en équipe après le décès d'un patient traité depuis longtemps, par exemple, après un suicide, une mort violente ou inattendue. Cela enrichit la clinique après coup et peut authentifier des manières de faire ou de ne pas faire qui aideront les prises en charge ultérieures.

Il y a environ 25 ans, j'ai été recruté par une petite association lyonnaise, Relais SOS, en vue d'une analyse de la pratique hebdomadaire¹. J'ai rapidement compris que l'un des motifs puissants de la demande était de pouvoir parler de la mort des SDF, dont on connaît la surmortalité majeure par rapport à la population générale. J'ai compris qu'il y avait un arriéré de décès dont il était important pour l'équipe de parler : tristesse, sentiment d'impuissance, culpabilité, vécu intime et transférentiel par rapport à la personne décédée, mais aussi d'autres choses. Après avoir éclusé l'arriéré, on parlait des vivants et des projets en cours, mais aucun décès n'était passé sous silence.

Dans cette même association, en sus des analyses de la pratique stricto sensu, on m'appelle aussi ici ou là, soit pour des situations de violence, qui fragilisent toujours les équipes, soit après un décès de personne très précaire, logée ou pas, qui se présente aussi comme une violence. Souvent, les groupes de reprise incluent les usagers et les professionnels. J'ai remarqué que les décès dont on me parle sont souvent violents ou inattendus, ils font violence aux usagers comme à l'équipe. Cela fait trauma, surtout lorsque plusieurs décès surviennent de manière répétée et dans un temps rapproché, ce qui joue sur l'idée d'un mauvais destin qui ne va pas s'arrêter. La personne est décédée dans sa chambre, sur un banc public, de maladie ou de suicide, plus rarement par meurtre. Les éléments qui viennent dans le discours groupal décrivent avec beaucoup de précisions la situation ayant abouti à la mort, comme un trauma, de manière répétée, et en insistant sur les détails de l'évènement. Les responsabilités sont toujours abordées, celles des professionnels en premier, souvent considérées comme maltraitants par les usagers, sans autre forme de procès, mais aussi la responsabilité de la société excluante, le rapport à la famille le plus souvent absente ; puis, l'on parle des failles du mort, de ses mauvaises habitudes, dont les addictions, de ses traitements médicaux, suivis ou pas. Faits importants, les discussions se terminent d'une manière apaisée lorsque, et seulement lorsque les qualités du mort et le lien vivant que l'on avait avec lui sont abordés et développés. Pourquoi ?

Une recherche sur la mort des SDF, réalisée par l'Orspere-Samdarra², avait montré le nombre important de morts violentes. Accompagné par Valérie Colin, psychologue, nous faisons une « autopsie psychologique » de la personne décédée avec chaque équipe qui nous avait appelés après un décès. Cela se prolongeait par une analyse de la pratique post-mortem, au cours de laquelle les professionnels parlaient des difficultés de l'accompagnement en insistant sur les failles de la personne, avec des qualificatifs en termes de pathologies, d'addictions, de troubles du comportement. Les obsèques étaient décrites assez précisément : qui était venu beaucoup de gens ou presque personne, comment cela s'était passé, ou alors, la famille avait-elle « rapté » le corps après avoir abandonné son parent le temps de la rue pour se le réapproprier après sa mort, sans obsèques, ou avec les accompagnants. Puis, venaient presque toujours les vécus humains et sentimentaux avec la personne, ses bons côtés, l'ambivalence et l'affection, l'investissement pour elle. C'est seulement alors que suivait un temps de silence qui n'était pas pesant, mais intense et vivant. Ce que j'en avais compris à l'époque, et que je valide encore plus maintenant, c'est que, par le silence le mort était comme enterré, inclus dans la communauté des vivants et des morts ; on lâchait ses mauvais côtés pour garder son humanité et les sentiments vécus. Il n'était plus comme un fantôme qui surplombe l'équipe pour lui faire le reproche de l'avoir mal soigné ou mal accompagné, il devenait un parmi d'autres que l'on a bien connu, dans cette communauté des vivants et des morts marquée par une temporalité que j'appelle le grand temps³. C'est un temps où l'on vit en esprit avec ceux qui nous ont quittés, dans le sens spirituel du terme esprit, une spiritualité laïque dans un cadre professionnel, mais qui peut être confessionnelle pour certains, en particulier si les obsèques ont été religieuses.

Maintenant, je considère que lorsque l'on m'appelle pour parler avec les usagers et les équipes du décès d'un homme ou d'une femme de la rue, c'est dans l'espoir implicite de dépasser le niveau souvent violent d'analyse sociale et psychologique, utile et même indispensable au demeurant, pour insérer le mort dans la communauté des vivants et des morts ; là où il n'y a plus exclusion mais inclusion pleine et entière. N'est-ce pas le propre du travail du deuil en général : accepter de lâcher le corps anatomique, mental et social du mort pour l'insérer dans le grand temps de la communauté des vivants, des morts et des pas encore nés ?

On comprend que l'analyse de la pratique après un décès, réduite à l'équipe ou incluant les usagers, comprend un temps de reprise réflexif, classique, qui apporte à la clinique médicale ou psychosociale ; on comprend aussi que cette analyse fonctionne comme un rituel sur le plan anthropologique du terme. C'est en cela qu'il est précieux.

¹ Cette association gérait un accueil de jour pour gens de la rue et des ateliers CAVA (Centre d'Aide à la Vie Active) avec un accompagnement au logement et à la cogestion du RMI.

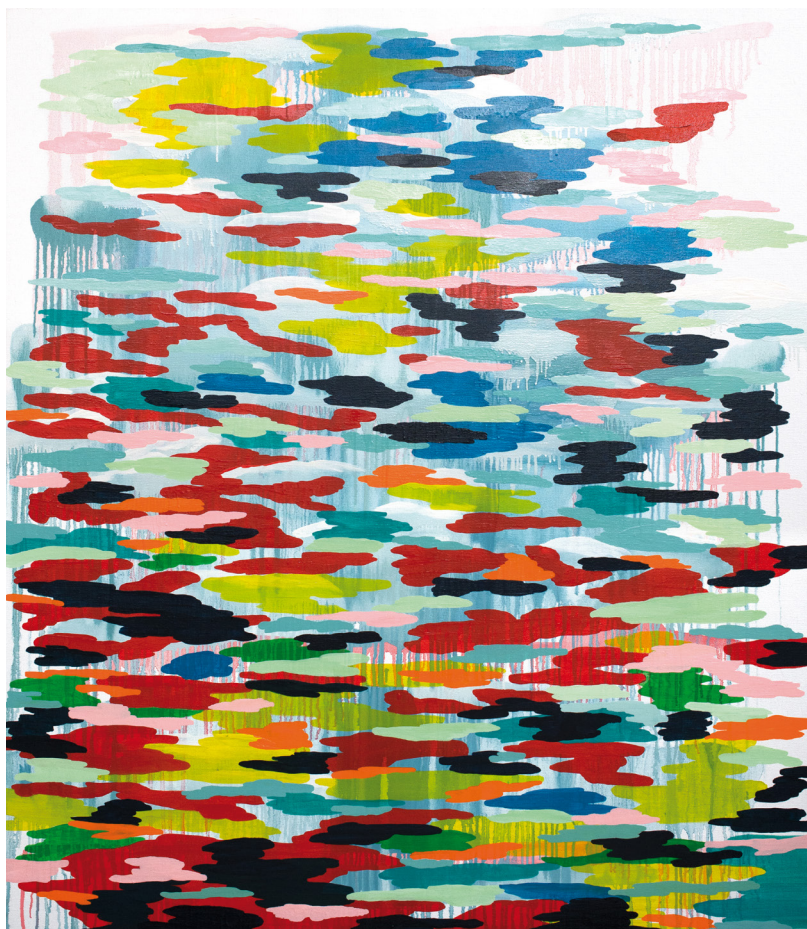
² Furtos, J. et Colin, V. (2002). *Accompagner jusqu'au bout... La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement*. Fnars Rhône-Alpes. Orspere.

³ Furtos, J. (2014). La vie de l'esprit: le pouvoir du commencement dans le grand temps. *Rhizome*, (54).

René Roussillon

Psychanalyste
 Professeur émérite de psychopathologie clinique
 Université Lumière Lyon II
 Lyon

Se retirer pour survivre



Je commencerais par rappeler que l'expérience et la pratique psychanalytique montrent que quand un sujet ne peut plus endurer une expérience subjective à laquelle le défilé de son histoire le confronte, quand donc il rencontre une impasse dans l'intégration de cette expérience, il peut avoir recours à une forme de retrait subjectif pour « survivre » à l'expérience traumatique que cela représente.

Les formes de retrait hors de la subjectivité sont de diverses sortes, la forme la plus connue, mais aussi peut-être celle qui concerne le moins les cliniques de la précarité et de l'extrême qui nous occupent, est le refoulement.

Le refoulement est un processus de retrait « interne », intrasubjectif, le sujet retire de sa conscience, de sa simple conscience, les contenus qu'il ne peut pleinement intégrer dans sa subjectivité consciente. Le refoulement s'exerce au sein du principe de plaisir/déplaisir, il est aménagé pour éviter un certain déplaisir et maintenir un primat du plaisir.

Au-delà du refoulement, plus la clinique psychanalytique

s'est aventurée sur les rives des formes de souffrances narcissiques dans lesquelles le sentiment d'identité se trouve aussi affecté, et plus d'autres formes de retrait ont pu être explorées et décrites. Dans ces tableaux cliniques là, le sujet est confronté à une expérience au delà du principe du plaisir, c'est-à-dire une expérience n'ayant pas entraîné de satisfaction ni sur le moment ni dans les répétitions actuelles par lesquelles il tente d'intégrer l'expérience. Il développe une économie de « survie » plus qu'une économie de vie et pour survivre il a dû se retirer de l'expérience, se retirer de lui-même, se retirer de sa vie ou d'une partie de celle-ci.

Une forme de retrait de la subjectivité plus radicale consiste donc à ne pas seulement retirer une expérience subjective de la conscience mais de l'ensemble de la subjectivité donc de l'ensemble du Moi y compris donc de la partie inconsciente. Pour désigner cette forme de retrait plus profond de subjectivité, j'ai proposé le terme de clivage au Moi (au Moisujet) dans la ligne profilée par Freud du clivage du Moi qui concerne une déchirure de la subjectivité, au sein de la subjectivité et non un retrait, un clivage, hors de la subjectivité, hors du Moi.

Les solutions ainsi évoquées concernent des mécanismes de retrait s'exerçant au sein de l'économie intrapsychique, elles ont des effets sur le comportement mais ceux-ci sont des conséquences des mécanismes de retrait intrasubjectif.

L'attention portée aux formes de souffrances qui utilisent la scène sociale comme arène de leur processus de retrait ou de solution à l'impasse existentielle à laquelle la vie les confronte, a conduit à envisager d'autres formes de retrait et d'autres stratégies mises en place comme tentative de solution et d'issue à l'impasse.

Pour bien comprendre ces processus de retrait de la scène sociale il faut évoquer différents processus.

Tout d'abord il ne faut pas perdre de vue ce qui se produit avant le décrochage social, ce qui produit le vécu d'impasse existentielle, le vécu traumatique - le traumatisme psychique étant précisément défini comme une situation que le sujet ne peut endurer, à laquelle il ne peut fournir de solutions psychiques adéquates. Dans la majorité des situations, le sujet a tenté de faire face à ce à quoi il était confronté, il a lutté pour ne pas avoir à disparaître de la scène pour endurer l'angoisse de cette disparition. Winnicott a proposé le concept « d'agonie psychique » pour désigner le vif de ces expériences subjectives, « agon » signifie en grec la lutte, la lutte finale, la lutte contre la mort psychique, le retrait de subjectivité.

Mais la situation dont le sujet a dû se retirer pour survivre, celle qui portait l'agonie psychique, ne disparaît pas avec le retrait, elle disparaît du présent, de l'actualité du sujet, mais elle reste inscrite dans la psyché comme toutes les



expériences significatives. Et les traces qu'elle a laissées sont susceptibles d'être réactivées soit en raison de poussées intégratives internes liées à la compulsion de répétition qui représente une contrainte d'intégration « au delà du principe du plaisir », soit en raison de réactivation en lien avec les situations rencontrées dans le présent, dans l'actualité de la vie du sujet, soit dans l'alliance des deux, l'actualité du sujet venant renforcer la menace d'activation interne des traces traumatiques.

Cette dernière remarque fournit l'hypothèse nécessaire pour comprendre les formes du retrait social. Quitter la scène sociale de sa vie, quitter les ambitions qui se jouent sur celle-ci, quitter les systèmes de relation qui mettent le sujet en impasse et à l'agonie, donc quitter tous les aspects de la vie sociale susceptibles de réveiller l'expérience agonistique, « fuguer » donc représente une ultime tentative de survie psychique, une ultime tentative pour localiser dans le socius la scène de l'agonie. En quittant les situations sociales habituelles, celles qui peuvent réactiver les vécus d'échec et d'impasse, le sujet tente de se soustraire à la menace de réactivation des traces traumatiques qu'elles portent potentiellement.

« En quittant les situations sociales habituelles, celles qui peuvent réactiver

les vécus d'échec et d'impasse, le sujet tente de se soustraire à la menace de réactivation des traces traumatiques qu'elles portent potentiellement. »

Cependant ce retrait social porte un prix. Si la fugue, manifeste ou masquée, permet de survivre et de tenter de se maintenir quand même comme sujet de sa vie, et donne l'illusion de reprendre la maîtrise de sa vie, son indépendance, elle doit se payer du prix de tout ce que donne l'inscription sociale. Quand on intègre les expériences subjectives auxquelles la vie nous confronte, on s'intègre, quand on s'intègre on se fait reconnaître comme sujet, on reste dans les circuits d'échanges nécessaires à notre économie psychique. Si on se désintègre, on est menacé de perdre cette reconnaissance, c'est le paradoxe d'un processus qui, pour assurer la survie du sujet, menace d'entraîner la perte du statut de sujet, du statut d'un sujet reconnu comme tel, présent dans les circuits d'échanges et de partages symboliques de la vie sociale.

C'est sans doute l'une des tâches du travail social et des travailleurs sociaux actifs sur la scène de la réinsertion sociale des sujets retirés de celle-ci, que de tenter de maintenir le statut de sujet, la dignité de sujet, à ceux qui sont dans cette forme de « mort sociale », de continuer de leur permettre de continuer d'exister dans la psyché, dans la considération du groupe social, de tenter de leur permettre de conserver ou de leur rendre une place au sein du socius. C'est peut-être d'ailleurs, si ce n'est l'essentiel de ce qu'ils peuvent proposer, une des fonctions fondamentales de leur action.

Mais, située dans le champ social, et souvent uniquement dans le champ social, elle se heurte à la difficulté liée à l'origine de ce qui a provoqué le retrait hors du champ social.

Si celle-ci peut principalement être cernée à partir de difficultés sociales et seulement sociales (finances, travail, logements, etc.), l'action sociale peut espérer parvenir à des résultats satisfaisants. Elle reste néanmoins confrontée à l'impact de toute façon traumatique des conséquences narcissiques et identitaires du fait que le sujet a dû se retirer de la scène sociale, et ce n'est pas une tâche simple que de traiter ces conséquences.

Mais la plupart du temps, la situation est rarement uniquement sociale et aux conséquences que je viens d'évoquer, se mêlent très souvent aussi les impasses subjectives antérieures liées au retrait de subjectivité propre aux agonies psychiques. Comme la plupart du temps dans le champ psychopathologique, le « symptôme », fut-il à expression sociale, est aussi porteur d'un enjeu central pour la subjectivité du sujet et sa survie.

Le travailleur social qu'il le veuille ou non ne peut pas faire l'impasse sur cette dimension, elle est essentielle pour les sujets accompagnés, mais reste délicate et le place toujours dans une « situation limite » de sa pratique, le confrontant à l'amalgame permanent des considérations sociales et des considérations subjectives, des « logiques » du social et des « logiques » de la subjectivité voire de la subjectivité inconsciente pour laquelle ils ne sont pas nécessairement rompus ni formés.

Adrien PichonPsychologue, Orspere-Samdarra
Lyon

Les maux et les choses: figures et destins du travail de deuil¹ dans la syllogomanie

L'épreuve de la perte s'impose à chacun comme une dimension inévitable de notre condition de vivants, liés par de puissants liens affectifs et sociaux à d'autres vivants. Il est ainsi devenu courant d'associer l'émergence des rites funéraires à la « naissance » de ce que nous reconnaissons comme l'Humanité. Ce poncif manque de nuance mais il pointe l'importance dans le « devenir humain » de la transformation de l'expérience de la perte, de son élaboration et à travers elle, de son intégration dans le champ culturel, artistique, spirituel, indissociable d'une créativité proprement humaine qui en serait tout à la fois le signe et l'horizon.

Freud a fondé une large part de sa théorie sur la question de l'absence, les destins de son intégration et de ses conséquences pour le sujet, au sein de l'appareil psychique. Appauvrie et détournée par le sens commun, cette proposition s'est ainsi muée en une forme d'injonction à « faire son travail de deuil », comme si un tel processus s'indexait sur la volonté du sujet, sur une aptitude rationnelle à accepter, en adulte, la perte et surmonter dignement la douleur qu'elle inflige². Sans nier bien évidemment la réalité du deuil pathologique, une telle conception porte en elle le risque de normer à l'excès un processus qui n'a rien dévoilé de ses mystères et de son idiosyncrasie. En 1908 déjà, Freud avait posé ses distances avec une telle conception : « À vrai dire, nous ne pouvons renoncer à rien, nous ne faisons que remplacer une chose par une autre ; ce qui paraît être un renoncement est en réalité une formation substitutive ou un succédané. »³ On voit bien ici, en nous invitant à considérer le processus de deuil à l'aune de la transformation de l'expérience, de la créativité, à quel point Freud est loin de la conception austère du deuil, comme acceptation adulte et raisonnable de l'épreuve de la réalité de l'absence, sur laquelle sa pensée, et le courant psychanalytique en général, ont été bien trop souvent rabattus.

Cette approche attentive aux « solutions » créatives du sujet confronté à l'expérience de la perte guide notre travail de recherche sur l'accompagnement psycho-social à domicile des personnes présentant une syllogomanie ou en situation d'incurie dans le logement. En effet, ce trouble singulier, qui se caractérise par une accumulation d'objets apparemment sans valeur ou de déchets au point de transformer les espaces de vie en espace de stockage, vient très souvent se manifester à l'occasion d'une crise personnelle consécutive à une perte, une rupture, un changement brutal : décès du conjoint ou d'un parent, départ des enfants du foyer, divorce ou séparation, perte d'emploi ou départ à la retraite... L'expérience clinique montre que le lien aux objets semble transposer, dans le registre matériel, le lien à la personne perdue. Là où le sens commun et l'évaluation des possessions sur un registre sanitaire ou légal ne semblent accorder aucune valeur apparente

aux objets conservés, accréditant par là même le caractère pathologique, insensé, du trouble, le mode de relation du sujet syllogomane à ses « affaires » se caractérise en revanche, et pour peu qu'on y soit attentif, par une intense coloration affective et par une extension des catégories éthiques de l'intersubjectivité au monde matériel. La mise au rebut devient alors proscrite en ce qu'elle pourrait porter atteinte à la personne à laquelle l'objet semble relié, dans une forme d'équivalence animique. On peut assister parfois à des manifestations de remords intenses où le sujet syllogomane retournera chercher la nuit l'objet péniblement jeté à la poubelle, comme si ce dernier le harcelait de reproches. D'évidence, cette inclination à la relation animique avec les objets non-humains ne suffit pas à caractériser la pathologie; nous sommes tous plus ou moins concernés par ce type de réaction à l'égard d'objets que nous pouvons conserver indépendamment de leur valeur d'usage, parce qu'ils évoquent ou incarnent une personne en particulier ou un moment de notre histoire personnelle. Mais on assiste à l'expression débridée de cette tendance dans la syllogomanie, qui fait bien souvent l'effet d'un chaos sans nom à l'observateur saisi par ce foisonnement baroque, sans qu'il puisse y voir l'épiphanie d'un cosmos intime. L'abord clinique de ce trouble dans l'habiter, justifié uniquement dans la mesure où il peut provoquer un risque sanitaire aggravé, s'indexe sur le régime éthique de ce nouveau mode de relation à la matière. En somme, la pratique ici n'est pas seulement clinique à domicile, mais clinique du domicile. Le clinicien doit traiter avec les objets, faire avec le manque d'espace et ajuster sa posture et ses interventions en tenant compte du discours silencieux que lui adressent ces centaines de présences immobiles. Le travail de tri opéré au rythme du sujet, et qui vise tout de même la réduction du risque au profit de l'accroissement de l'espace de vie, consiste donc à donner vie à ce discours silencieux contenu dans les objets. Une telle démarche se soutient donc entièrement de la proposition freudienne de transformation de l'expérience qu'il s'agit alors de tenter de faire passer du registre physique, au registre narratif. C'est à cette condition nécessaire mais non suffisante que peut se réaliser le desserrement de la prise exercée sur l'objet comme tentative de nier le vécu de la perte. Il ne s'agit pas de jeter pour jeter, mais de transformer pour libérer l'investissement immobilisé, fixé à l'objet perdu. Mais comme Freud⁴ l'avait noté en 1915 à propos du processus de deuil, cela ne peut s'accomplir que « fragment par fragment », dans une temporalité longue qui est celle du sujet, pas celle du DSM, ni celle d'une société phobique et scandalisée par la blessure narcissique infligée par ces nouveaux poètes de la matière.

¹ Nous utilisons ici le terme de deuil au sens élargi qu'il prend dans la théorie psychanalytique comme expérience de la perte d'un objet fortement investi, que sa cause soit le décès, la séparation, la déception... Il nous importe en effet de ne pas nous limiter à l'expérience de la perte réelle et concrète d'un être aimé du fait de sa mort, mais de nous intéresser aux enjeux subjectifs du vécu de perte, d'abandon, etc.

² Un courant de la psychiatrie contemporaine, par la voix très sèche et opératoire du DSM V, nous accorde 12 mois en tant qu'adulte, et 6 mois en tant qu'enfant, pour effectuer ce travail avant d'en pathologiser les symptômes.

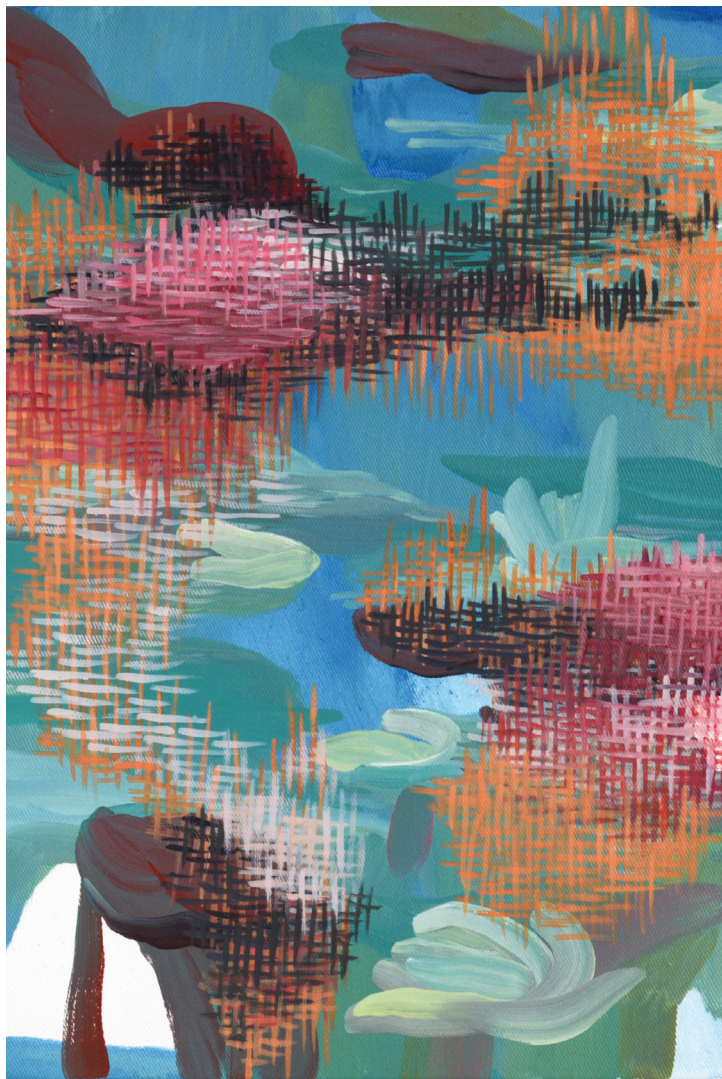
³ Freud, S. (1908). Le créateur littéraire et la fantaisie dans *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard (1985).

⁴ Freud, S. (1908). Deuil et Mélancolie. Dans *Métopsiologie*. Paris : Gallimard (1ère publication 1915).

Évelyne Ritaine

Directrice de recherche associée, Centre Emile Durkheim
Sciences Po Bordeaux
Bordeaux

Migrants morts, des fantômes en Méditerranée



1 De Luca, E. (2010, mars). *Noi, carcerieri di viaggiatori*. *Libreidee.org*. <http://www.libreidee.org>. <https://www.libreidee.org/2010/03/migranti-erri-de-luca-noi-carcerieri-di-viaggiatori/>

2 Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), en Méditerranée, 3 072 migrants sont morts en 2014 (sur 4 077 dans le monde), 3 760 en 2015 (sur 5 230), 5 098 en 2016 (sur 7 500). Ces données concernent uniquement les morts signalées ; on ignore le nombre de disparitions. Il s'agit donc de données minimales sur la base de signalements émis par les gouvernements et par les bureaux locaux de l'OIM. <https://missingmigrants.iom.int/> Selon les recoupements de plusieurs enquêtes, plusieurs dizaines de milliers de personnes ont sans doute disparu en Méditerranée depuis 2000.

« *Li lasciamo annegare, per negare.* »¹

« Nous les laissons se noyer, pour nier », écrit Erri De Luca à propos des migrants morts en Méditerranée. Entend-il par là pour les nier (comme s'ils n'avaient jamais existé), ou bien pour nier « en bloc » (nier toute responsabilité) ?

Depuis le début de ce siècle, la Méditerranée est devenue la frontière la plus dangereuse du monde pour les migrants irréguliers². En effet, pour ceux qui sont contraints de fuir, la traversée est inéluctable, quel que soit le risque. Or le risque est souvent mortel : ils peuvent mourir dans la traversée du désert africain, succomber aux coups des trafiquants ou aux mauvais traitements durant l'enfermement, disparaître par noyade surtout. Le bilan des pertes humaines est celui d'une guerre. Pourtant ce sont des inégalités structurelles (entre pays) et des routines administratives (celles qui régissent l'entrée sur le territoire

européen) qui sont ici mortifères. La stricte politique de délivrance de visas ne ménageant presque aucune possibilité de passage régulier, la règle européenne commet ainsi, par sa seule application, d'innombrables « crimes de paix »³.

Une invisibilité radicale

« *Sur cette frontière, sont tolérées des pertes humaines dans une forme de « nécropolitique » : on y pratique une politique du laisser mourir.* »

Longtemps les naufrages de bateaux chargés de migrants se sont succédés dans l'indifférence. Depuis la fin des années 90, s'en déroule la litanie, opinion et médias ne s'émeuvent qu'un instant, les migrants disparus sombrent dans les statistiques. Sur cette frontière, sont tolérées des pertes humaines dans une forme de « nécropolitique »⁴ : on y pratique une politique du laisser mourir. Les migrants disparus en mer sont dans les limbes du politique. Exilés de leur communauté d'origine, ils n'y existent plus : souvent le retour y est impossible, souvent ils ont « brûlé » leur identité (sens du terme *harraga* en arabe classique : « ceux qui brûlent » les frontières, leurs documents officiels, leur identité). Leur tentative de passage est clandestine, et donc leurs traces souvent indétectables : leur mort elle-même ne sera que peu traçable⁵. Jamais arrivés en Europe, ils sont devenus des *unpersons*⁶, des personnes qui n'existent pas et n'ont jamais existé : « une généralité indifférenciée »⁷. Cette invisibilité radicale est une injustice fondamentale car, pour reprendre les mots de Judith Butler : « si une vie ne peut être pleurée, elle n'est pas tout à fait une vie ; elle n'a pas valeur de vie et ne mérite pas qu'on la remarque. »⁸

Comme la mauvaise conscience, la présence fantomatique de ces personnes disparues n'émerge que dans des conditions exceptionnelles. Quand la mer rend les corps par exemple : le naufrage survenu à Lampedusa en octobre 2013⁹ fait ainsi événement parce que, l'épave étant proche du rivage, les corps sont visibles. Au lieu de l'abstraction des statistiques s'imposent les images dérangeantes de la mort : des cadavres (flottant en mer ou échoués sur les plages) ; des sacs mortuaires ; des cercueils ; des objets rejetés par la mer ; des dépositaires (les cercueils, alignés dans un entrepôt de l'aéroport ; les cercueils rangés sur le port, puis transportés sur un navire militaire partant vers la Sicile), des sauveteurs désespérés, des personnes en pleurs. Les îles (Lampedusa, la Sicile, les îles de la mer Égée) et certaines côtes (les Pouilles, la Calabre, l'Andalousie) sont ainsi transformées en cimetières et leurs populations confrontées à une ambiance mortifère très lourde : les praticiens qui interviennent sur place attestent

tous des difficultés psychiques vécues par les habitants et par les intervenants, traumatisés par l'échec de leurs efforts de sauvetage et par le flux des dépouilles à administrer¹⁰.

« Les morts migrants demeurent pour la plupart inconnus, et non célébrés. Ils sont soit des nombres, soit des cadavres anonymes. »

S'impose alors l'invisibilité scandaleuse des identités : il faut marquer les corps pour qu'une identification puisse être possible un jour, trouver un lieu d'inhumation sous un numéro d'immatriculation, inventer d'improbables hommages mortuaires. Les morts migrants demeurent pour la plupart inconnus, et non célébrés. Ils sont soit des nombres, soit des cadavres anonymes. Un journaliste qui a couvert l'événement de Lampedusa écrit ainsi : « "Mort numéro 31, sexe masculin, noir, probablement trente ans" ; "Mort numéro 54, sexe féminin, noire, probablement vingt ans" ; "Mort numéro 11, sexe masculin, noir, probablement trois ans". Probablement : c'est tout ce que nous savons d'eux. Dans ce mot, il y a toute leur vie. Quand ils sont morts, ils sont morts, c'est ainsi que nous les racontons : probablement. »¹¹

Rendre visibles les invisibles

C'est à cet anonymat que ne se résignent pas les acteurs de terrain. Les praticiens (sauveteurs, médecins, travailleurs sociaux, bénévoles), qui tentent de réparer les survivants, sont aussi aux prises avec la morbidité et le deuil. Ce sont eux qui font pression pour que les corps soient documentés et que les gouvernements mettent au point des procédures médico-légales d'identification à la disposition des familles. Une lutte citoyenne se déroule ainsi aux frontières de l'Union européenne pour que les droits humains des migrants disparus, et de leurs familles, soient respectés¹².

Les professionnels de l'observation (militants, journalistes, chercheurs) ne peuvent que témoigner. Ils sont souvent, depuis de longues années, des lanceurs d'alerte : c'est grâce à leur action que les morts en Méditerranée ne disparaissent plus dans le silence. Les premières tentatives de collecte systématique de données sur ces disparitions sont venues de réseaux militants (United for Intercultural Action, Fortress Europe, Watch the Med), du data journalisme (The Migrants Files) et d'équipes de recherche. Les médias ont ensuite relayé ces données par des reportages réguliers et des images à forte charge émotionnelle (le couple enlacé dans l'épave engloutie à Lampedusa, les ours en peluche sur les cercueils blancs des enfants dans le hangar de Lampedusa, l'enfant noyé sur une plage turque en septembre 2015).

« Pour eux, il y a un impératif éthique : que ces morts ne soient pas oubliés, dans le tragique de l'événement du naufrage, mais aussi dans l'humanité de leur existence. »

Et puis, la mort étant advenue, nombreux sont ceux (journalistes, photographes, créateurs) qui deviennent des veilleurs de mémoire. Pour eux, il y a un impératif éthique : que ces morts ne soient pas oubliés, dans le tragique de l'événement du naufrage, mais aussi dans l'humanité de leur existence. La publication de récits de vie et de photographies de défunts, les commémorations locales (comme le jardin de la mémoire à Lampedusa) sont autant d'actes de remémoration, de luttes contre l'oubli, de refus de l'inéluctable. Les créateurs, eux, travaillent à la transfiguration des traces. Les barques et les objets des migrants disparus sont réinvestis dans des créations, qui parlent à la place des disparus. Le bois des épaves se fait croix offerte au pape François, ou meubles fabriqués par des survivants grâce à une longue chaîne de solidarité¹³ ; des gilets de sauvetage abandonnés à Lesbos, transformés en œuvre manifeste, sont exposés dans les capitales européennes¹⁴. Désormais de nombreuses œuvres d'art portent le souvenir des disparus, au théâtre (*Lampedusa Beach* de Lina Prosa), au cinéma (*Fuocoamare, par delà Lampedusa* de Gianfranco Rosi), en littérature (*Solo Andata* d'Erri De Luca, *Eldorado* de Laurent Gaudé), dans les arts plastiques (*End of Dreams* de Nikolay Bendix Skyum Larsen, *Le radeau de Lampedusa* de Jason deCaires Taylor)¹⁵.

Les migrants victimes de la mer, eux, malgré les efforts et le talent déployés par ceux qui luttent pour les rendre visibles et respectés, continuent à mourir et à demeurer dans les limbes, à peine effleurés par le scandale moral : « La mer est à tout le monde, mais seulement quand on est mort. (...) Réfléchissez, voyez comment l'injustice les poursuit même après la mort. Ils ne sont plus vivants, mais pas morts non plus, étrangers même à cette mince couche de terre qui sépare l'existence de l'inexistence. »¹⁶

3 Albahari, M. (2015). *Crimes of Peace: Mediterranean Migrations at the World's Deadliest Border*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press.

4 Nécropolitique : « Formes contemporaines qui soumettent la vie au pouvoir de la mort ». Dans Mbembe, A. (2006). *Nécropolitique, Raisons politiques*. 21(1), 29-60.

5 Tazzioli, M. (2015). The politics of counting and the scene of rescue. *Border deaths in the Mediterranean. Radical Philosophy*.

6 Orwell G. (2011). *1984* (1ère éd. 1948). Paris : Gallimard (Folio).

7 Mbembe, A. (2006). *Nécropolitique, Raisons politiques*. 21(1), 29-60.

8 Butler, J. (2005). *Vie précaire. Les pouvoirs du deuil et de la violence après le 11 septembre 2001*. Paris : Éditions Amsterdam.

9 Ritaine, E. (2015). Quand les morts de Lampedusa entrent en politique : *damnatio memoriae. Effets-frontières en Méditerranée : contrôles et violences. Cultures et Conflits*, 99/100, 117-144. <https://www.cairn.info/revue-cultures-et-conflits-2015-3.htm>

10 Voir par exemple le témoignage du médecin directeur sanitaire de Lampedusa, Docteur Pietro Bartolo, dans le film *Fuocoamare, par-delà Lampedusa* de Gianfranco Rossi, 2016.

11 Bolzoni, A. (2014). *Cosà scivero dopo quell'immagine ? Osservatorio Carta di Roma, Notizie alla deriva*, p. 52. <http://www.cartadiroma.org>

12 Site du Comité International de la Croix Rouge : <https://www.icrc.org/en/document/resources-commitment-needed-care-for-migrants>

13 Site displacedobjects : <http://displacedobjects.com/2015/12/18/le-bois-des-epaves-evelyne-ritaine/>

14 Site Mr Mondialisation : <https://mrmondialisation.org/ai-weiwei-suspend-14-000-gilets-de-sauvetage/>

15 Tous ces exemples sont documentés sur le site Enigmur : <http://enigmur.hypotheses.org/>

16 Dal Lago, A. (2009). Cercueils fluides. *Cultures et Conflits*, 73, 109-122. <http://conflits.revues.org/12633>

Vinciane DespretPhilosophe
Université de Liège
Liège

Ne pas oublier les morts



« Toi qui pleures les morts tu seras là n'est-ce pas ? Quand tu entendas parler d'un cadavre anonyme découvert sur un chantier désert, tu viendras jusqu'ici n'est-ce pas ? Et tu pleureras ma mort, tu diras que j'ai aimé, que j'ai été aimé, et qu'il y a en ce monde des êtres qui me sont reconnaissants de certaines choses. Tu le feras n'est-ce pas ? (...) Même si personne ne se souvient de moi nulle part, toi seul te souviendras qu'a existé un homme qui avait aussi ses bons côtés et qui a vécu en s'efforçant de faire de son mieux, tu te souviendras qu'a existé un homme unique et irremplaçable... (...) Il me semble que je comprends enfin le sens de ta venue au monde. (...) Ce qui a fait de toi l'homme qui pleure les morts, c'est un sentiment de culpabilité envers l'oubli des morts innombrables qui se succèdent en ce monde. »¹

Celui auquel ces mots s'adressent se nomme Shizuto, le héros du roman de Arata Tendo, *L'homme qui pleurait les morts*. L'histoire raconte son long voyage à travers le Japon pour pleurer les défunts. Shizuto veut garder la trace de tous ceux qu'on oublie. Il lutte contre l'oubli. Il s'arrête aux lieux où la mort est advenue, interroge les personnes qui vivent aux alentours, toujours avec les mêmes questions : qui a aimé cette personne défunte ? Qui a-t-elle aimé ? De quoi quelqu'un peut-il lui être reconnaissant ? La formalisation de ces questions indique un protocole, un dispositif technique. Ce sont les trois questions qui peuvent reconstruire une vie qui peut compter, quelle qu'ait été cette vie. C'est ainsi que Shizuto répond à la fois à la question, « que veulent les morts ? », et à leur désir : ils veulent être souvenus. On ne manquera pas de remarquer à quel point certains thèmes du roman sont proches de ce que Judith Butler affirmait lorsqu'elle écrivait dans *Ce qui fait une vie* : « Ainsi, la possibilité du deuil est un présupposé pour la vie qui importe. [...] Sans la possibilité de deuil, il n'y a pas de vie ou, plutôt, il y a quelque chose qui vit, qui est autre chose qu'une vie. »² Cette thématique se retrouve tant dans le film *La fille inconnue des Dardennes*, ou *Still Life* de Uberto Pasolini,

le roman *Tous les noms* de José Saramago, *La voix des morts* de Orson Scott Card, et tant d'autres qu'il serait impossible de les recenser. Cette thématique de « prolonger l'inachevé » forme en fait la trame de très nombreux romans et d'autres écrits - correspondance avec un défunt, poèmes s'adressant à lui ou honorant sa présence encore vibrante, ...

« *L'écriture et les rituels ne sont pas seuls à prendre en charge cette opération. Très nombreuses sont les personnes qui assument de faire encore quelque chose pour leur défunt, soit que ce quelque chose s'adresse à lui, soit qu'il soit fait en son nom.* »

L'écriture et les rituels ne sont pas seuls à prendre en charge cette opération. Très nombreuses sont les personnes qui assument de faire encore quelque chose pour leur défunt, soit que ce quelque chose s'adresse à lui, soit qu'il soit fait en son nom, à sa place. Roland Barthes, dans son *Journal de deuil* raconte qu'il continue à accomplir les gestes de sa mère. Amélie, une des jeunes endeuillées interrogées par Martin Julier-Costes³, lui dira, à propos de son amie décédée : « Tout ce que je fais aujourd'hui, je le fais à moitié pour elle, elle est avec moi, je lui parle et je la prends partout où je vais (...) Je ne l'explique pas, c'est...elle est en moi et j'ai besoin de ça aussi. » Mon enquête⁴ m'a conduite à entendre des choses très semblables : une jeune femme porte les chaussures de sa grand-mère, afin qu'elle continue à arpenter le monde. Une autre est partie gravir l'Everest avec les cendres de son père afin de partager avec lui les plus beaux levers de soleil. Chaque année, à l'anniversaire de son épouse défunte, un jeune veuf prépare le plat qu'elle préférerait ; les parents d'une adolescente décédée ont accroché une boîte aux lettres sur sa tombe, afin qu'elle continue à recevoir des messages...

D'autres encore soutiennent le défunt dans sa possibilité de continuer à faire des choses pour ceux qui restent - mais n'est-ce pas, à bien y réfléchir, également le cas de ceux dont je viens de donner l'exemple ? Ainsi, une correspondante d'Anny Duperey lui écrivait, en réponse au livre *Le voile noir* : « J'ai mille raisons de vous dire cela, les morts ne sont morts que si on les enterre. Sinon, ils travaillent pour nous, ils terminent autrement ce pour quoi ils étaient faits. Nous devons les accompagner et les aider à nous accompagner, dans un va-et-vient dynamique, chaud et éblouissant. »⁵

« *Les récits de ces personnes témoignent non seulement du fait que notre siècle n'est pas aussi désenchanté qu'on pourrait le penser, mais ils partagent une caractéristique commune : ils maintiennent soigneusement le doute.* »

¹ Tendô, A. (2014). *L'homme qui pleurait les morts* (traduit par C. Atlan). Le Seuil.

² Butler, J. (2010). *Ce qui fait une vie. Essai sur la violence, la guerre et le deuil*. Éditions Zone.

³ Julier-Costes, M. (2010). *Socio-anthropologie des socialisations funéraires juvéniles et du vécu intime du deuil. Les jeunes face à la mort d'un(e) ami(e)* (Université de Strasbourg, Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe, UMR 7236).

⁴ Despret, V. (2015). *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*. La Découverte.

⁵ Duperey, A. (1992). *Je vous écris*. Le Seuil.

Les récits de ces personnes témoignent non seulement du fait que notre siècle n'est pas aussi désenchanté qu'on pourrait le penser, mais ils partagent une caractéristique commune : ils maintiennent soigneusement le doute quant à la juste teneur en réalité de l'expérience de demande ou de présence d'un défunt. D'abord, ces personnes savent que c'est dans la réponse qu'on leur offre que les demandes reçoivent leur signification, ce qui n'implique pas qu'il n'y ait pas de demande. En d'autres termes, ce que les morts leur font faire n'est ni de leur seule responsabilité, ni de la seule initiative des défunts. Elles disent : « je sens que je dois le faire, c'est tout. ». C'est un régime d'obligation pour lequel « ce » qui oblige reste indéterminé. Ensuite, tous les témoignages que j'ai récoltés utilisent les contradictions, les ambiguïtés sémantiques, les « comme si » des métaphores, et ce afin de laisser ouverte la question de savoir si « réellement » le mort est encore présent ou si le sentiment qu'elles ont de sa présence ou de ses demandes vient d'elles-mêmes. Les rêves (comme celui par lequel, un père décédé vient annoncer à sa fille enceinte, la veille de sa première échographie, sa joie que ce soit un garçon), les signes (les verres qui éclatent à un repas d'enterrement), les synchronicités sont par ailleurs les expériences privilégiées dans lesquelles cette question ne peut se clore.

« Ce que la doxa appelle travail du deuil ne correspond donc pas à l'expérience de ces personnes. »

Ce que la doxa appelle travail du deuil ne correspond donc pas à l'expérience de ces personnes. Si travail il y a, il ne se fait pas en faveur d'un détachement des liens au disparu, au contraire, ces liens ne cessent d'être retissés. Et si deuil il y a, il n'aboutit pas à cet impensé qu'on appelle, un peu hâtivement, principe de réalité. Car ce principe de réalité, signalons-le, ne fera jamais que désigner ce qu'est la réalité pour une frange de la population dans un contexte historique et culturel donné (matérialiste et laïc héritier des Lumières, des luttes contre le Clergé et du positivisme), convaincue que le destin des morts est le néant. Les personnes qui cultivent les liens avec leurs disparus ne partagent pas cette conviction : la vie et la mort ne sont pas, selon elles, une affaire de tout ou rien. Elles cultivent et explorent avec soin ce que l'anthropologue Maurice Bloch décrivait comme les « brèches dans l'opposition de l'être et du non-être. »⁶

Ces brèches qu'occupent de manière privilégiée les « morts remuants » sont également de véritables niches écologiques pour les carrières post-mortem autorisées par le numérique. Les nouvelles technologies des bots pourraient bien donner un support concret aux expériences qui prolongent la vie et l'influence des défunts sur les vivants. La science fiction explore depuis pas mal de temps les conséquences de cette possibilité. Dans une très intéressante nouvelle, Jean-Noël Lafargue imagine que la sœur du narrateur, décédée dans un accident de voiture, continue à recevoir et à donner des appels au départ de sa ligne de téléphone portable. Un bot créé de toute pièce au départ de ses communications passées (reconstituant ainsi une forme de vie intérieure) permet à ses proches de rester en contact avec elle - moyennant le fait qu'ils s'acquittent de l'abonnement à l'application⁷. Dans une autre fiction, Pierre Cassou-Noguès imagine quant à lui une application « After Life » autorisant ceux qui ne sont plus à continuer à envoyer

des mails à leurs proches. Leur contenu non seulement est totalement imprégné de la mémoire et du style de pensée et d'affect de son auteur posthume, mais intègre les événements advenant après le décès⁸.

L'actualité donne aujourd'hui raison à la fiction : un logiciel conversationnel nommé « chatbot » vient d'être réalisé au départ des textes de l'ami d'une ingénieure en intelligence artificielle, Eugenia Kuyda. Des chatbots d'éternité augmentée sont par ailleurs actuellement en cours de développement, notamment au MIT Media Lab. Je ne suis toutefois pas sûre que les personnes qui m'ont raconté leurs expériences adhèrent à ce programme. Certes, le bot fabriqué au départ de la mémoire du défunt peut susciter un régime d'ambivalence, du type « je sais bien que ce n'est pas lui, mais quand même... » Mais ce n'est pas le même régime ni la même ambivalence. Dans le cas des bots ou de l'application After Life, ce régime est polarisé sur le mode binaire réellement lui/pas lui, non pas sur le mode indéterminé et activement hésitant que j'ai tant de fois pu repérer. Ceux qui vivent des expériences de présence, d'aide ou de demande n'auront-ils dès lors pas tendance à continuer à faire confiance aux moyens « maison », comme par exemple le fait de communiquer avec le défunt dans les rêves qu'il vous fait rêver, de faire des choses dont on pense qu'il vous les demande, préservant une autre qualité de doute - et surtout à moindre coût ? Et ne penseront-ils pas que l'énigme que pose la question de ce que le disparu attend de nous, fait justement la beauté et l'intérêt de l'expérience ?

⁶ Bloch, M. (1993, mars). *La mort et la conception de la personne*. Terrain, (20), 7 - 20.

⁷ Lafargue, J.-N. (2013). *La sœur de poche*. Galaxies, nouvelle série, (21/63).

⁸ L'application « Life », in Hauntedbyalgorithms.net.

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Orspere-Samdarra avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Directeur de publication
- Christian LAVAL

Assistante de rédaction
- Natacha CARBONEL

Comité de Lecture
- Nicolas CHAMBON, directeur adjoint de publication Rhizome, sociologue, responsable de la recherche, Orspere-Samdarra (Lyon)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)

Comité de rédaction
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Elus, Santé Publique et Territoires » (Paris)
- Arnaud BÉAL, psychologue social, GREPS (Univ. Lyon 2)
- François CHOBEAUX, Travailleur social, sociologue, CEMEA (Paris)
- Bernard ELGHOZI, médecin, président de Créteil Solidarités (Créteil)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon 2)
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (EPSM des Flandres, Bailleul)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Éric MESSÈNS, directeur de la LB FSM (Bruxelles)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Marie-Noëlle PETIT, Chef du pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)
- Pauline RHENTER, politologue (Marseille)
- Étienne RIGAL, magistrat (Lyon)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, ancienne aumônier de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (Briançon)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction
Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 Bron Cedex
Tél : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Création & réalisation
Florian Bon

Abonnement
Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra : www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 8500 exemplaires

Artiste du numéro : Armelle de Sainte Marie

À travers ses peintures et ses dessins, Armelle de Sainte Marie mène une Odyssée colorée qui a trait au paysage, intérieur, onirique, parfois organique. Elle développe un univers qui propose des espaces suspendus, tendus entre presque-figuration et abstraction, des géographies imaginaires ambiguës dans lesquelles les formes semblent engendrer elles-mêmes leurs propres péripéties vitales.

Armelle de Sainte Marie est née en 1968, et travaille à Marseille et Toulouse. Elle expose son travail depuis 1996 en France et à l'étranger. Elle est présente dans des collections privées et publiques.

www.armelle-desaintemarie.com

Information DIU «Santé, société et migration»

Le Diplôme Inter Universitaire « Santé, société et migration », porté par l'Orspere-Samdarra à Lyon, fera sa sixième rentrée à l'automne. Il s'adresse à des professionnels, bénévoles et étudiants. L'objectif est de leur venir en appui dans l'exercice de leurs missions auprès du public demandeur d'asile, réfugié, migrant précaire.

Le programme de cette formation est disponible sur le site de l'Orspere-Samdarra.



Outils

Un film d'animation sur *L'interprétariat en santé et en santé mentale* a été réalisé par l'Orspere-Samdarra dans le cadre des activités du pôle ressource et à la faveur de la recherche ANR Remilas. Il a été financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et le Ministère de la Santé. Se basant sur l'expérience de professionnels de santé, d'interprètes et de migrants, ce film de sensibilisation vise à mettre en lumière les différents enjeux autour des situations d'interprétariat. Le film d'animation est diffusé sur le [site internet](#) et la [chaîne Youtube](#) de l'Orspere-Samdarra. Deux nouveaux films d'animations seront diffusés avant la rentrée prochaine et traiteront du *Parcours administratif des demandeurs d'asile* et de *La procédure des titres de séjour pour les malades étrangers et leurs parents accompagnants*.



Agenda

- Journée d'étude Orspere-Samdarra sur « [Vulnérabilités et demande d'asile](#) »

Date et lieu : mercredi 6 décembre 2017, à l'Université Lumière Lyon II, Lyon 7ème.

Argumentaire et inscriptions sur le site de l'Orspere-Samdarra



Parution

- ***La mort aux frontières de l'Europe. Retrouver, identifier, commémorer.*** (2017). Sous la direction de Carolina Kobelinsky et Stefan Le Courant. Collection « Babels ». Neuvy-en-Champagne : Le passager clandestin.

Les « morts aux frontières de l'Europe » questionnent autant les sociétés qui les reçoivent que les sociétés de départ, qui doivent composer avec leurs disparus. À travers l'identification des corps, les hommages rendus, et les récits qu'en font les migrants eux-mêmes, ces morts exposent toute la violence des frontières européennes. Dans cette étude, la question de la mort aux frontières de l'Europe est envisagée tant du point de vue institutionnel et géopolitique que de celui, plus incarné, des individus qu'elle affecte plus ou moins directement. Huit témoignages personnels, présentés sous forme d'encadrés, permettent notamment de mesurer le rapport, complexe et souvent plein de sagesse et d'humour, que migrants et acteurs associatifs entretiennent avec cette dimension quotidienne de leur existence. Quelques illustrations, cartes et graphiques contribuent par ailleurs à faire connaître au lecteur la réalité de situations qu'il côtoie sans toujours le savoir.

- David Grand. (2017). ***L'hébergement social des SDF. Ethnographie de l'expérience vécue des hébergés.*** Paris : L'Harmattan.

Sur la base d'une enquête ethnographique par observations et entretiens menée dans trois hébergements singulièrement différents - une structure alternative « par » et « pour » les SDF, un centre d'hébergement d'urgence pour hommes seuls et un foyer pour sans domicile âgés - ce livre a pour ambition d'explorer et de comparer le vécu des résidents. Ils peuvent subir de fortes contraintes questionnant le rôle de l'assistance tout comme ils peuvent faire preuve de ressource en s'appropriant les lieux, en s'entraînant et en s'organisant collectivement.

- ***Migrants, réfugiés, la politique interroge la clinique.*** (2017). Sous la direction de Bertrand Piret et Olivier Douville. *Psychologie clinique*, (43).

- **Thématique du prochain bulletin de Rhizome n°65 (numéro double) :**
« **Qu'est-ce que le rétablissement ?** »

