

# RHIZOME

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



#68

Juin 2018



## « Aller vers »... d'autres pratiques ?

Nicolas Chambon

### Édito

Le champ de la précarité a été le laboratoire d'une innovation sociale majeure : des dispositifs pour « aller vers » les plus exclus du système de soins et d'assistance ont été pensés à la fin des années 1990. L'« aller vers » est devenu au fil des ans un concept et s'est largement diffusé dans de nombreuses organisations, au-delà des équipes « pionnières ». Qu'est-ce que cette perspective engage concrètement en termes de pratiques ?

Dans ce numéro de *Rhizome*, Alain Mercuel et Xavier Emmanuelli nous rappellent le contexte de création des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) et du Samu social, pour des personnes en souffrance psychique vivant dans des situations de grande précarité. On apprend que le refus de soin peut se comprendre d'un point de vue clinique et témoigner d'une impossibilité psychique à s'inscrire dans une démarche thérapeutique, nécessitant la mise en place d'approches plus proactives. Retenons, avant d'y revenir, cette proposition : « la permanence du lien par un

# Sommaire

- 3 > 4 « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !  
Alain Mercuel
- 5 « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social  
Xavier Emmanuelli
- 6 Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudes  
Hélène Chapelet
- 7 « Aller vers » et revenir. Expérience d'une équipe mobile de soins palliatifs  
Laure Marmilloud
- 8 Pompier, métier de l'urgence  
Loïc Arnoud
- 9 Quelques principes d'intervention d'une équipe mobile à destination de migrants précaires  
Elena Popovici  
Claude Pawlik
- 10 > 11 Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles  
Najat Lahmidi  
Véronique Lemonnier  
« Aller vers » les lieux d'origine en Roumanie des roms des bidonvilles de France  
Thomas Ott
- 12 > 13 Infirmier en EMPP : ajuster ses pratiques  
David Martin  
Une équipe mobile orientée rétablissement  
Émilie Labeyrie
- 14 > 15 *Ne pas aller vers* « ceux qui ne demandent rien »  
Ana Marques
- 16 > 17 Enquêter l'incurie et rencontrer une personne ?  
Mathilde Sorba
- 18 Écologie de l'intervention à domicile  
Adrien Pichon

« aller vers » prévaut sur la permanence du lieu. » En l'absence d'une institution forte et d'un lien par le lieu, « aller vers » l'autre n'oblige pas ce dernier à se conformer à ce qui est attendu de lui. Il apparaît alors nécessaire d'adapter les pratiques et les modes d'organisation, tout en veillant à la malléabilité des dispositifs pour qu'ils soient justement en mesure d'aller à la rencontre du public visé. À la lecture de l'article d'Hélène Chapelet, on comprend qu'il y a aujourd'hui un enjeu à formaliser les pratiques des Samu sociaux et des maraudes.

## Mobilité, médiations, coopérations

Les contributions de ce numéro montrent que les intervenants ont développé des compétences à se déplacer, à s'adapter, ainsi que des stratégies pour tenir et maintenir un lien de confiance. L'« aller vers » nécessite alors des médiations, que ce soit par l'intervenant lui-même ou par une tierce personne spécifiquement « médiatrice », qualifiée au titre d'une expérience ou d'une compétence. Cette perspective d'intervention « sur site » va de pair avec la nécessité de développer un travail partenarial : il faut collaborer et se coordonner pour une meilleure prise en charge.

Pour les psychologues de l'association Charonne, il y a un enjeu à assurer une permanence là où il y a de la mobilité, pour se montrer disponible, accueillir et « faire rencontre ». Pour des personnes qui ont vécu des ruptures, des abandons, on comprend alors le sens qu'il y a à restaurer le lien social : trouver les prises pour ouvrir l'horizon d'un accompagnement possible. Les contributions d'intervenants issus du champ psychosocial thématisent l'importance d'être présent dans la relation et de ne pas être saisi du côté de l'urgence. Il faut « temporiser », certes pour tenir la relation, mais aussi pour soi, pour l'équipe, comme Laure Marmilloud nous le fait savoir. D'ailleurs, Loïc Arnoud, en tant que pompier, nous interpelle sur les limites d'une intervention centrée sur l'urgence et nous partage son souhait que la santé mentale soit mieux appréhendée dans les situations d'urgence.

## Pour une approche écologique du trouble

Toutes les contributions témoignent d'un véritable souci de la personne destinataire de l'intervention qui prend généralement la forme d'un souci de la relation. D'ailleurs, cette « fameuse » question de la non-demande est paradigmatique de l'embarras que crée la situation d'« aller vers ». Comment partager avec l'autre le sens que l'on présuppose de notre intervention en respectant ses choix ? Cette question de la (non) demande est abordée par Ana Marques, qui l'inverse de manière théorique : quand est-ce qu'il ne faut pas aller vers ceux « qui ne demandent rien » ?

David Martin, en tant qu'infirmier, et Émilie Labeyrie, en tant que psychologue d'une EMPP orientée rétablissement, font valoir une adaptation nécessaire de leur savoir-faire en la matière. C'est surtout une problématique pratique qui prend une acuité particulière dans le « bain » capacitaire contemporain. Les chercheurs de l'Orspere-Samdarra, tenus par une forme de pragmatisme, concluent ce numéro, et leurs réflexions nous orientent vers une prise en considération de la personne et de sa propre permanence.

Pour Mathilde Sorba, c'est précisément la réticence, voire la résistance, qui est l'indice de l'existence de la personne. Elle nous invite à enquêter sur ses attachements ; là où il y a possiblement un travail clinique à envisager pour Adrien Pichon. Le lieu ne fait pas spontanément le lien, mais le lien porte en lui le lieu, induisant alors une approche écologique du trouble ; d'un sujet forcément inscrit dans son environnement et porté par des dynamiques complémentaires.

À l'heure où la puissance publique promeut les mutations et les transferts de compétences, il nous semble que les pratiques documentées dans ce numéro ont précisément vocation à faire référence dans d'autres domaines. La seule vulnérabilité n'est plus à même de justifier l'intervention, surtout quand celle-ci ne répond pas à une demande. Il faut être en capacité de partager son sens, ce à quoi nous invite ce numéro.

**Alain Mercuel**

Chef de pôle interétablissement « GHT-Psychiatrie-Précarité »  
GHT « Psychiatrie et neurosciences » de Paris  
Centre hospitalier Sainte-Anne  
Paris

# « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !

La circulaire de mars 1960 mettant en place la politique de secteur et celle de mars 1990 ont posé les bases et les valeurs du dispositif de soins psychiatriques. Elles insistent bien sur la polyvalence des équipes pluri-disciplinaires et sur leur vocation à répondre à toute demande émanant du corps social concernant la souffrance psychique des personnes qui le composent. La psychiatrie de secteur s'est donc positionnée d'emblée comme une psychiatrie d'accueil, de parcours, d'accompagnement. Elle assure des consultations les plus ouvertes possibles dans les centres médico-psychologiques (CMP), véritables pivots de la pratique de secteur psychiatrique, et non pas l'hôpital comme on l'imagine trop souvent encore. Le CMP représente par cette ouverture le premier pas d'une démarche d'« aller vers » en psychiatrie de secteur.

Le second pas est celui vers la Cité dans son ensemble, avec toutes les structures sanitaires, sociales et médico-sociales qui y sont implantées, et dans lesquelles les patients déjà suivis – ou pas – en psychiatrie, ou ayant besoin de soins psychiatriques, peuvent y être rencontrés : en hôpital général, soit dans les services généraux (de l'accueil aux urgences, à la psychiatrie dite « de liaison », quels que soient les services de médecine, chirurgie ou obstétrique), en établissement spécialisé, par exemple au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en milieu pénitentiaire, dans les structures d'aval d'une hospitalisation à visée de stabilisation, de réinsertion, de réhabilitation et, de façon plus générale, dans tout lieu où les besoins de ces personnes s'expriment ou sont repérés. Plus encore, certains secteurs proposent des permanences délocalisées (mairies, centres associatifs...) ou mobiles (bus de consultations...).

Enfin, des pratiques d'« aller vers » se sont déployées auprès de publics cibles tels que les précaires et grands exclus. Ainsi, depuis la fin des années 1990, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) se sont étendues sur tout le territoire national, comme une antenne avancée des secteurs. Rares sont celles qui ne sont pas portées par une équipe de service public ; dans ce cas, ce sont des personnels détachés des secteurs de psychiatrie qui, par convention, assurent leurs missions aux côtés des acteurs associatifs. La circulaire du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge en santé mentale des personnes en grande précarité et en exclusion, a permis de formaliser et de pérenniser les expériences amorcées une décennie plus tôt. Les principes d'action sont exposés de façon précise, dont la dynamique d'« aller vers » ; celle-ci est donc une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment malgré

le postulat initial : pas de discrimination ! Autrement dit : « En cas de besoin, si tu ne viens pas au secteur, le secteur ira à toi ! » Plus précisément, l'« aller vers » est une pratique basée sur une décision médicale et paramédicale, portée bien souvent par les acteurs de pratiques avancées. Or si c'est une décision, pour ne pas dire une prescription, cela suppose qu'il y ait des indications et, en corollaire, des contre-indications. Certaines indications paraissent évidentes :

- « aller vers » tout lieu de vie lorsque la personne ne peut se déplacer vers un lieu de consultation, et ce, quelles qu'en soient les raisons : impossibilité physique ou psychique (refus, déni...), situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, syndrome de Diogène, état d'inhibition...), lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance... ;
- « aller vers » lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques : évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles, maintien sur le lieu de vie et prévention des phénomènes d'exclusion/expulsion des lieux de vie, de soins ou d'accompagnements concernés ;
- « aller vers » des populations plus spécifiques et ayant des difficultés à accéder aux soins offerts : gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe (SDF) et grands exclus, précaires, migrants...

À l'opposé, les contre-indications pourraient se résumer à toute situation pouvant induire la mise en danger de soi ou d'autrui (patient, entourage, équipe, partenaires...) : persécuteur désigné, patient armé, etc. Dans ce cas, l'« aller vers » n'est pas interrompu mais requiert l'intervention d'autres dispositifs.

## « Aller vers », pourquoi ?

En psychiatrie et précarité, il s'agit bien souvent de s'approcher des personnes pour distinguer celles qui nécessitent d'instaurer un soin. Vaste débat sur le fait que ces premières rencontres modèlent un temps préthérapeutique et que, derrière ce « prendre soin », s'installe déjà du soin. L'« aller vers » les personnes en souffrance psychique compose cette pratique facilitante qui consiste à provoquer la rencontre, à tenir le lien pour, au minimum, décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts. En ce sens, ce pourrait être aussi, et pourquoi pas, un groupe homogène de pratiques. Les pratiques d'« aller vers » pour « maintenir un lien » crispent les adeptes d'une « extrême » neutralité de l'éthique. Ceux-là balayaient cette démarche proactive d'un « C'est leur choix ! Foutez-leur la paix ! », ou encore

d'un diktat de l'autonomie qui peut se résumer ainsi : « l'homme est libre. » Certes... mais la folie aliène d'abord. Les théories, les dogmes et les positions idéologiques éloignent de la réalité du quotidien et du contact avec la souffrance psychique « en live ». *A contrario*, les interventionnistes à tous crins, par des actions non préparées, non annoncées ou non acceptées au moins par les acteurs partenaires, peuvent charrier des effets nocebo, voire des effets iatrogènes (refus secondaire, vécu d'ingérence, fuite suicidaire...). Ainsi, l'« aller vers » n'a pas à échapper à l'évaluation de sa pertinence.

### « Aller vers », à quelle vitesse ?

Les demandes en urgence de la part du public entraînent avec elles celles des tiers porteurs de cette demande. Ces derniers influent sur la temporalité de l'« aller vers », soit en le freinant soit, le plus souvent, en tentant de l'accélérer. L'« urgentisation » du rapport au monde déteint sur les individus et leurs attentes. Il est incontestable que certaines situations cliniques nécessitent l'intervention de services d'urgence (15, 17, 18, 115...) et notre pays ne manque pas de tels dispositifs d'accès aux soins. Mais *quid* d'un patient porteur d'un Diogène vivant dans la rue, d'un alcoolique chronique reclus en centre d'hébergement, d'un adolescent *hikikomori* cloîtré dans un hôtel, ou encore d'un appelant « blacklisté » ? C'est dans cette temporalité-là que les liens de partenariat montrent leur efficacité, c'est-à-dire quand tel acteur de la Cité (commissaire, commerçant, membre d'une association, citoyen engagé...) a repéré une personne qui l'inquiète sur le plan psychique et qu'il sollicite alors les équipes appropriées. En quelque sorte, c'est un lanceur de fusée de détresse, autrement appelé « signaleur ». Dès lors peut se mettre en place conjointement avec ce signaleur une action d'« aller vers », réfléchie, cohérente et coordonnée. Or la coordination des acteurs est bien le talon d'Achille du secteur. De fait, l'« aller vers » se prépare : qui fait quoi, comment, pourquoi, pour qui, avec qui ? Une fois la réponse trouvée à toutes ces questions interdépendantes, une décision commune peut alors être prise. Il ne s'agit donc pas d'établir une « maraude psychiatrique » pour, au hasard des rencontres, traquer la psychose dans la rue, mais plutôt de répondre aux lanceurs de fusée de détresse de la Cité.

### « Aller vers », jusqu'où ?

Jusqu'à la construction d'un espace commun qui serait donc à

mettre en place afin que chaque intervenant, sanitaire et social, y trouve le minimum de sécurité dans l'accomplissement de son travail de « professionnel », tout en apportant à la personne aidée une énergie suffisante et constructive. L'« aller vers » implique de trouver la bonne distance dans la relation ainsi créée ! Se tenir « ni trop loin », comme les théoriciens, « ni trop près », comme les « addicts » du sauvetage humanitaire. Ainsi, l'« aller vers » devient une « fonction passerelle », un passage tout au long duquel sont informés, sensibilisés, voire formés les intervenants. La psychiatrie pratiquée par les EMPP est une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques des exclus. « Aller vers » est une psychiatrie « sociale » : coordinations avec les services sociaux, participations aux conseils locaux de santé mentale, informations, formations et régulations (groupes Balint, supervisions, interventions...).

### « Aller vers », avec quels moyens ?

D'aucuns s'empresent de clamer que nous n'avons pas les moyens d'en faire plus... Est-ce bien « réseau-nable » ? Déjà certains hêlent les nouveaux métiers, du service civique aux médiateurs de santé pairs en santé mentale. Mais cela suppose une formation pour laquelle le temps imparti est prélevé sur les actions de soins. Dans un contexte où la psychiatrie de secteur, confrontée à une diminution sévère de ses moyens (restrictions budgétaires, pénurie de psychiatres, fermeture de lits sans création suffisante de structures alternatives), tente de surnager, il ne reste plus alors qu'à élargir les dispositifs. Pour ce faire, l'« aller vers » s'élargit aussi, par la création de nouveaux partenariats équilibrés mettant en exergue des actions de réciprocité avec les acteurs sociaux (logement, emploi, culture, services sociaux, droits de l'homme...).

Les EMPP démontrent bien que la permanence du lien par un « aller vers » prévaut sur la permanence du lieu. Par leur « savoir faire » face à des personnes porteuses de pathologies et/ou de souffrances du lien et de troubles de l'attachement, ces équipes invitent au lien médiatisé, au lien en confiance, au lien durable. Par cette démarche proactive d'« aller vers », elles proposent un « accueil dehors ».

Tenir le lien d'abord ! *Binding first* ?



**Xavier Emmanuelli**

Médecin, fondateur du Samu social  
Paris

# « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social

**Rhizome** : Pouvez-vous situer le contexte de la création du Samu social ?

**Xavier Emmanuelli** : Pour le comprendre, je souhaiterais tout d'abord revenir sur l'idée même du Samu qui, avant moi, a été pensé par plusieurs personnes, notamment par Pierre Huguenard, professeur de médecine. Fasciné par le monde militaire et son efficacité, le dispositif Samu qu'il a monté se rapprochait plus d'un « poste médical de l'avant ». Mon parcours professionnel m'a amené à travailler au sein de Médecins sans frontières. J'ai poursuivi ma carrière en tant que médecin de prison : c'est là que j'ai réellement découvert la grande exclusion. J'y ai rencontré des personnes coupées du temps, n'ayant pas de connaissances de leurs propres corps, en manque d'initiatives... J'ai par la suite été nommé praticien hospitalier à Nanterre en 1993. À cette époque, une brigade de la police, la Brigade d'assistance pour personnes sans-abri (Bapsa), dans le cadre de ses missions, « ramassait » les personnes à la rue et les ramenait à Nanterre, soit en dehors de Paris et loin de ses dispositifs. Selon moi, cette action était intolérable. À cette période-là, il n'y avait pas d'autres possibilités ni d'autres dispositifs pour garantir l'accueil et la prise en charge de ces personnes. Elles étaient par ailleurs parfaitement aliénées par leur vécu à la rue, loin de leurs représentations du corps et avec une préoccupation du temps un peu à la dérive. La question était donc : comment peut-on penser refus de soins alors que certaines personnes n'ont pas connaissance de ce qu'est leur propre corps ? Lorsque les personnes arrivaient dans un état « lamentable », le tout premier travail à faire était de les convaincre de se faire soigner. Je me suis donc souvenu du Samu, que je connaissais bien, et de là m'est venu l'idée de créer un « Samu social ». Pour aller au-devant des personnes, fallait-il encore savoir où les trouver. C'est ainsi que, par analogie avec le 15, est né le 115. Pour la rencontre avec ces personnes, c'est également en 1993, après la création du Samu social, que le mot « maraude » à commencer à émerger<sup>1</sup>. L'introduction de ce principe m'a notamment permis de travailler autour d'un concept avec un schéma très clair, soit savoir aller au-devant des personnes, recevoir l'information et créer des lieux d'hébergement d'urgence. Des équipes mobiles d'aide (EMA) ont également été mises en place. Les maraudes faisaient donc référence à des équipes mobiles qui se déplaçaient en voiture ou à pied, et qui, dans le cadre de leur intervention, « allaient vers » les personnes en situation de grande exclusion. Aujourd'hui, la profusion d'équipes mobiles peut être questionnée. Celles qui vont au-devant des personnes en situation de grande exclusion rencontrent des personnes qui sont hors de leurs propres représentations, en souffrance et en situation d'exclusion. Leur rôle premier est donc de proposer des solutions lors de la rencontre. Auparavant, les maraudes permettaient de diriger les personnes soit vers les hôpitaux, notamment afin de béné-

ficier d'un accueil véritable, personnalisé, soit vers des centres d'hébergement d'urgence ou des centres d'hébergement avec soins. La scénarisation et la médiatisation de certains phénomènes de société ont tendance à multiplier des actions, mais il me semble important de toujours se questionner sur l'utilité et l'efficacité de ce qui est mis en œuvre et, surtout, de ce qui est fait d'un point de vue durable. Dans le cadre des maraudes, les rencontres nous engagent vis-à-vis des personnes. Ce point souligne l'importance de proposer un suivi, une aide et un accompagnement à ces personnes, et de rapprocher le Samu et le Samu social. Il me semble également important d'élargir les missions de ces dispositifs et de travailler notamment à la mise en réseau des secteurs du sanitaire, du social et de la psychiatrie. Lorsque l'on se penche sur les expériences du Samu, nous remarquons que le lien entre ces trois secteurs se doit d'être renforcé. À titre d'exemple, un quart des appels reçus au Samu concernent des personnes âgées isolées, qui se trouvent soit en Ehpad soit à leur propre domicile. Les professionnels du Samu ne savent pas comment répondre à ce type de demandes : où orienter ces personnes ? Que faire de ces demandes ? Tout reste à inventer de ce côté-là.

**R.** : Existe-t-il une nécessité de créer des dispositifs spécifiques d'« aller vers » en milieu rural ?

**X. E.** : Il semble pertinent de penser des dispositifs spécifiques au milieu rural. Les personnes en situation d'exclusion vivant dans ces territoires ne vont pas vers les dispositifs, elles ne le peuvent pas. Ce phénomène est accentué notamment par le fait que les campagnes sont peuplées par beaucoup de personnes âgées et que les services publics, tels que les hôpitaux de proximité, ne sont plus aussi efficaces car en voie de disparition. La mise en place d'équipes mobiles dans le milieu rural impliquerait nécessairement de repenser le système sanitaire actuel et de redéfinir le rôle du Samu.

**R.** : « Aller vers » le public migrant en situation de précarité induit-il des approches différentes ?

**X. E.** : La migration et l'accueil de ces populations ne sont pas des phénomènes issus d'une crise conjoncturelle, il s'agit bien de phénomènes durables. Un grand nombre d'actions politiques sont aujourd'hui mises en œuvre sous pression médiatique. En réponse à ces politiques, et de manière spontanée, on remarque qu'un peu partout des associations et des personnes viennent en aide à ces personnes. Elles ont conscience que le paysage est en train de changer. Mais pour le moment, ces initiatives ne sont pas conceptualisées, puisque cela impliquerait de traiter cette thématique sur le long terme. Certaines réalités s'imposent à nous. Nous pouvons toujours essayer de les cacher, d'organiser des frontières, d'installer des barbelés, mais il faut toujours essayer de s'interroger à long terme. C'est justement des réponses politiques durables et globales qui manquent aujourd'hui sur le territoire européen.

<sup>1</sup> À cette date, ce mot ne portait pas le sens dont il est doté actuellement. En effet, ce terme vient des taxis (soit des taxis qui circulent à la recherche de clients), et personnellement je l'utilisais par facilité. J'ai ainsi donné un autre sens au terme « maraude ». Alors que ce mot était considéré comme une action péjorative, ce nouveau sens l'a doté d'une connotation positive.

## Hélène Chapelet

Chargée de mission « Veille sociale et hébergement »  
Fédération des acteurs de la solidarité  
Paris

# Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudes

Dans le champ de la lutte contre les exclusions coexistent une pluralité d'acteurs et de dispositifs qui accueillent, accompagnent et hébergent les personnes sans-abri. La spécificité des maraudes et des Samu sociaux, également appelés « équipes mobiles », est d'intervenir directement là où vivent les personnes à la rue, que ce soit dans l'espace public ou dans un lieu qui n'est pas destiné à l'habitation (parkings, hôpitaux, gares, etc.). C'est en ce sens que les maraudes se distinguent fondamentalement de l'intervention sociale dans les murs d'une institution.

## L'inconditionnalité de « l'aller vers »

En tant que premier maillon de la veille sociale, les maraudes jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des personnes sans-abri qui ne sollicitent pas ou plus les services de droit commun (domiciliation, soin, hébergement), en « allant vers » ces dernières, en favorisant leur accès aux droits et en amorçant un parcours d'insertion. « Aller vers » les personnes sans-abri sans distinction ni discrimination au regard de leur état de santé, genre, orientation sexuelle, appartenance religieuse, nationalité, situation administrative, etc. constitue un principe éthique au fondement de l'action des maraudes. Il s'agit d'aller à la rencontre et de se rendre disponible sans condition auprès des personnes les plus exclues. En prenant l'initiative d'une rencontre, les maraudes sont actrices de la création et du maintien du lien social avec les personnes les plus fragilisées de notre société, la création de lien n'étant pas une finalité en soi mais pouvant devenir un support pour faire émerger une demande (soin, hébergement, logement, etc.), orienter et accompagner ces personnes. L'errance, la vulnérabilité sociale et le non-recours sont ainsi au fondement de l'action d'« aller vers » qui constitue une posture physique tout autant qu'une disposition d'esprit. La libre adhésion, le respect de la temporalité et du projet de vie de la personne sont au cœur des valeurs portées par les maraudes. La sortie de rue ne peut constituer en ce sens l'objectif premier de leurs interventions, mais elle peut néanmoins s'apparenter à un « projet » que ces équipes entendent concourir à faire aboutir. Nous considérons que l'accompagnement des personnes sans-abri n'est pertinent que si, et seulement si, il se réalise dans le respect des choix et du projet de vie de la personne. S'appuyer sur les compétences et le « pouvoir d'agir » des personnes, dans une perspective de coconstruction de leur accompagnement, est le gage d'une insertion durable qui cherche à « raccrocher » celles et ceux qui ne croient et ne sollicitent plus les dispositifs de droit commun. Essuyer des refus, respecter et accepter qu'une personne ne souhaite pas engager une conversation, recevoir une aide ou une prestation quelconque ne doivent pas être perçus ni vécus comme

un échec, mais bien comme une dimension intrinsèque à l'intervention de rue, dans sa dimension intrusive de l'« aller vers ». Il s'agit d'obtenir le consentement de la personne, de se rendre disponible pour échanger avec elle lorsqu'elle en manifeste la demande ou le besoin.

## Formation et outillage

Face à la diversité, à l'évolution et à la massification des situations d'exclusion et de sans-abrisme (personnes victimes de violences, de la traite des êtres humains, femmes ou hommes en situation de prostitution, familles ou individus exilés, mineurs non accompagnés, personnes souffrant de troubles psychiques ou vieillissantes, usagers de drogues, etc.), la formation des intervenants sociaux demeure indispensable pour apporter des solutions adaptées et accompagner les personnes sans-abri. Aujourd'hui, il existe une pluralité de maraudes qui interviennent dans l'Hexagone, dont la composition des équipes, les qualifications, les pratiques d'intervention, les prestations et services proposés, le périmètre géographique d'action, les moyens humains techniques et financiers, etc. peuvent différer. Par ailleurs, nombreux sont celles et ceux qui souhaitent agir auprès des plus démunis. Le développement de maraudes bénévoles sur l'ensemble du territoire témoigne de cet engagement citoyen et solidaire. Celui-ci nous commande néanmoins d'outiller et de former ces personnes qui se mobilisent chaque jour, leur permettant d'adopter une posture juste, de développer leurs compétences et d'asseoir leur légitimité.

## Un référentiel

Ce référentiel<sup>1</sup> a pour objectif de rappeler le cadre éthique d'intervention et les valeurs portées par les maraudes et les Samu sociaux<sup>2</sup>, garantir la qualité des actions et prestations réalisées et offrir un outil d'évaluation des pratiques dans une perspective de réflexion, d'analyse et d'évolution des pratiques, afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes rencontrées. Néanmoins, il n'a pas vocation à imposer une vision normative de l'intervention de rue et ne s'oppose pas, à ce titre, à la diversité des projets associatifs et des modes d'action mis en place. Il se compose des 13 missions principales qui constituent le cœur du travail des maraudes et Samu sociaux : aller vers la personne ; créer un lien avec elle ; évaluer sa situation ; faire émerger sa demande ; accompagner la personne ; orienter celle-ci vers les dispositifs et acteurs adéquats ; alerter les partenaires, les acteurs locaux et les pouvoirs publics ; restituer son activité auprès des partenaires, des financeurs ; participer à l'observation sociale des besoins ; sensibiliser ; travailler en partenariat ; (se) former et (s')informer ; appliquer et respecter les droits et libertés de la personne.

<sup>1</sup> Pensé et construit collectivement par des équipes de maraudes, le référentiel de missions et d'évaluation des maraudes et Samu sociaux est le fruit d'un travail partenarial animé par la Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS) et la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS). Ce référentiel est le fruit d'une démarche participative et d'un travail sur le long cours : tout d'abord, lors de réflexions préliminaires dans le cadre des Journées nationales « Maraude et Samu sociaux », organisées en 2015 et 2016, puis approfondies au sein du groupe de travail « Maraude et Samu sociaux » co-animé par la Fédération des acteurs de la solidarité et la Fédération nationale des Samu sociaux. Le référentiel de missions et d'évaluation des maraudes et Samu sociaux est disponible sur le site des deux fédérations. Sa publication est accompagnée de journées inter-régionales de présentation, d'appropriation et de formation à cet outil.

<sup>2</sup> La charte « Éthique et Maraude », parue pour la première fois en 2008 et actualisée cette année, rend compte de cette préoccupation tout autant que de la nécessité « de formaliser les valeurs et principes partagés par les différents intervenants auprès de personnes particulièrement vulnérables ».

**Laure Marmilloud**

Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs

CMCR des Massues

Collaboratrice au Centre interdisciplinaire d'éthique de l'UCLY

Lyon

# « Aller vers » et revenir. Expérience d'une équipe mobile de soins palliatifs

Nous nous déplaçons vers des équipes qui nous en font la demande ; elles sont issues du monde hospitalier ou du champ médico-social des Ehpad. Le plus souvent en binôme, avec une collègue médecin (parfois en trinôme, avec une psychologue), nous rencontrons des patients porteurs d'un cancer en échappement thérapeutique. Nous rencontrons aussi des personnes âgées, en institution qui souffrent de maladies évolutives en phase avancée ou terminale.

Notre rôle nous place dans la situation d'« aller vers »... des personnes qui sont couchées par la maladie, arrêtées par l'irruption brutale de ce qui leur arrive, soufflées par la rapidité de l'évolution et, aussi, mobilisées dans leur être le plus intime, mises en mouvement par l'ambivalence de leurs sentiments, agitées par de nombreuses questions et inquiétudes. « Aller vers »... parfois sur la pointe des pieds, souvent avec une certaine gravité, mais toujours avec l'espoir que l'autre, ce patient, cette famille, puisse venir à la relation car le chemin ne peut se faire qu'ensemble.

Le premier motif d'appel est généralement l'aide à la prise en charge de symptômes difficiles, au premier rang desquels figure la douleur. Ce motif constitue une voie d'introduction de notre équipe auprès du patient et de sa famille. Car « aller vers » un patient en se présentant avec la dénomination des « soins palliatifs » soulève des craintes qui restent grandes. Si le cheminement personnel du patient est essentiel à respecter, il faut aussi – et peut-être surtout – entretenir le dialogue avec les professionnels eux-mêmes pour faire bouger les représentations négatives et dissiper les peurs. Lorsque nous pouvons parler de notre rôle auprès du patient et de sa famille, un espace d'échange s'ouvre pour un dialogue constructif dans le concret de l'ici et maintenant. Comment apporter un peu plus de mieux-être ? Qu'y a-t-il d'essentiel à recevoir pour accompagner de notre mieux un chemin toujours singulier, traversé par des mouvements contraires, fait de solitude et de solidarités ?

L'aide à la réflexion autour du projet de soins est, par ailleurs, un motif d'appel très fréquent lorsque des questions de limitation ou d'arrêt de traitements se posent, ou lorsque le patient formule des refus ou exprime des désirs particuliers. Il s'agira alors d'écouter beaucoup le patient, ses proches, l'équipe en charge de son accompagnement, pour ensuite entrer dans une démarche de réflexion collégiale qui puisse conduire à une prise de décision. La position de « tiers » propre aux équipes mobiles permet un élargissement des points de vue. Il n'est pas rare que le bénéfice de l'intervention soit dans le simple fait d'avoir aidé une équipe pluridisciplinaire à se rassembler un moment pour échanger collectivement. La perception de la complexité est aggravée par la déliaison des membres d'une équipe. À l'inverse, lorsqu'une équipe peut s'asseoir à la même table pour rassembler les morceaux épars, la situation problématique est vue sous un angle neuf.

Nos déplacements alternent vers des lieux retrouvés chaque semaine et d'autres plus ponctuels. Nous partons généralement avec des repères bien identifiés et des habitudes de fonctionnement sur lesquelles nous appuyer et, à d'autres moments, vers des lieux et des équipes à découvrir car ce sera une première visite : ce sont des occasions où la dynamique de l'« aller vers » se vit de manière renouvelée. L'inconnu se lie à la curiosité de la découverte et à la possibilité d'initier de nouvelles collaborations.

On souligne généralement le besoin de diplomatie et de tact pour travailler en équipe mobile de soins palliatifs : il est vrai qu'« aller vers » certaines équipes de soins ou certains professionnels relève du lent apprivoisement, de la patiente construction d'une relation de confiance pour amenuiser la peur du jugement et l'idée que demander de l'aide serait disqualifiant. Après une visite, nous écrivons des recommandations qui seront formulées sous forme de « propositions ». Le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs n'est pas prescripteur ; l'infirmière peut donner des conseils, faire des suggestions, mais ce n'est pas elle qui assure les soins du quotidien. S'il dépend de nous de faire des propositions qui soient acceptables en regard des moyens disponibles, il nous faut aussi avancer les propositions que nous jugeons opportunes, adaptées, même si elles dérangent les habitudes et le regard médical et paramédical initial. L'éthique du dialogue qui s'appuie sur le respect mutuel appelle à cette exigence. La position de seconde ligne a ceci de difficile : elle suppose d'être capable de souplesse, d'avancées par compromis, sans verser dans l'indifférence.

« Aller vers » et « revenir », tel un mouvement de systole/diastole nécessaire à l'entretien d'une vie en équipe mobile. Après une visite particulièrement chargée émotionnellement ou particulièrement complexe, où des questionnements ont fusé de part et d'autre, revenir pour rassembler, pour laisser décanter, pour reprendre autrement, à distance de l'événement, et clarifier nos perceptions et jugements. Revenir pour écrire le compte rendu quand celui-ci n'est pas fait sur place dans les dossiers informatisés des patients. Cette écriture à distance est généralement enrichie de l'élaboration qui a continué à se faire sur la route du retour.

Revenir aussi à l'équipe que nous formons ensemble, pendant les temps hebdomadaires de synthèse clinique des suivis en cours car cette équipe est, au long de la semaine, dispersée en divers lieux, selon divers binômes.

Revenir, enfin, à l'ensemble de nos missions, car nous pouvons être happés par l'activité clinique, par l'immédiateté des appels auxquels il nous faut répondre. Soigner aussi nos missions de formation et de recherche soutient la possibilité d'aller plus loin avec les équipes partenaires dans l'intégration et l'acculturation de la démarche palliative au sein de leurs institutions.

## Loïc Arnoud

Pompier professionnel au Service départemental  
métropolitain d'incendie et de secours (SDMIS) du Rhône  
Lyon

# Pompier, métier de l'urgence

**Rhizome :** *Pouvez-vous présenter votre cadre de travail ?*

**Loïc Arnoud :** Dans la caserne dans laquelle je suis affecté nous dénombrons chaque année environ 5 000 interventions. Le SDMIS du Rhône enregistre quant à lui plus de 105 000 interventions annuelles. Les missions des pompiers concernent toutes les interventions d'urgence dans le cadre de détresses vitales se produisant sur la voie publique. Aujourd'hui, les pompiers régulent leurs interventions avec le Samu, qui s'occupe de la prise en charge des personnes d'un point de vue médical. Lorsque nous intervenons auprès d'une personne, nous communiquons notre premier bilan au Samu, qui nous indique ce qui doit être fait. Nous pouvons également solliciter la présence d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) sur place. En principe, le Samu doit s'occuper de toutes les interventions à domicile et des interventions d'urgence en appui des pompiers. Dernièrement, nous constatons une évolution dans l'organisation des secours puisque nous intervenons de plus en plus hors de ce cadre. Nous sommes notamment de plus en plus sollicités dans le cadre d'interventions à domicile. Nous réalisons aujourd'hui certaines missions qui relèvent normalement de celles du Samu, c'est-à-dire qu'elles ne concernent plus des interventions d'urgence mais plutôt des problèmes médicaux. Les personnes ont tendance à appeler les secours plus fréquemment. Tous les ans, nous enregistrons des chiffres exponentiels en ce qui concerne le nombre d'appels et d'interventions des pompiers.

**R :** *Des espaces d'échange vous sont-ils proposés ?*

**L. A. :** Les débriefings à destination des équipes de pompiers sont fréquemment mis en place, notamment suite à des interventions traumatisantes. Le plus souvent, ils sont menés par le chef de garde ou le responsable d'intervention qui va proposer à l'ensemble de son équipe un temps d'échange, souvent de manière informelle, afin de revenir sur l'intervention. Il n'y a pas de protocole particulier puisque chaque chef de garde ou responsable d'intervention gère son équipage et ce moment à sa manière. Globalement, l'intervention traumatisante est gérée en interne, au sein même de l'équipe. Le fait de pouvoir rediscuter de la manière dont elle s'est déroulée nous permet de prendre du recul sur l'expérience vécue et d'exprimer l'interprétation de chacun. L'expérience nous permet également de nous « blinder ». Avec le temps, nous sommes moins empathiques au cours des interventions. Un psychologue à temps plein est également présent au sein du SDMIS. Nous pouvons le rencontrer sur demande.

**R :** *Quelles sont vos interventions auprès des personnes en situation de grande exclusion sociale ?*

**L. A. :** Les pompiers sont souvent appelés à intervenir dans des secteurs où l'on rencontre une certaine précarité. Nous remarquons d'ailleurs une augmentation des interventions

auprès de ce public. La majorité des demandes est tournée vers les personnes vivant dans la rue. Nous recevons des appels réguliers concernant certaines personnes que nous appelons entre nous les « clients habituels ». Il nous arrive de créer des liens avec certaines d'entre elles. Nous sommes parfois amenés à les suivre pendant des années, il nous arrive aussi d'apprendre leurs décès. Les signalements faits pour intervenir auprès de personnes vivant dans la rue sont majoritairement effectués par des passants. Depuis que les pompiers régulent leurs interventions avec le Samu, nos missions auprès de ce public ont changé. Aujourd'hui, il nous est demandé de transporter directement ces personnes vers les hôpitaux. Certaines d'entre elles y sont amenées régulièrement. Auparavant, nous avions aussi l'option de les conduire directement dans des centres d'hébergement, surtout quand nous connaissions un peu la personne et que nous savions que ce lieu était plus adapté pour l'accueillir. Les pompiers participaient, de par leurs missions, à la mise en réseau de ces personnes. Les effets de ce nouveau fonctionnement et de l'orientation systématique de ce public vers l'hôpital peuvent avoir comme conséquence de participer à la surcharge des services d'urgence situés en centre-ville.

**R :** *Comment gérez-vous une situation quand il apparaît qu'une personne a des troubles de santé mentale ?*

**L. A. :** Nous avons connaissance des différentes formules proposées si l'hospitalisation de la personne s'avère nécessaire. En tant que pompiers, nous n'avons aucune formation particulière sur les questions « psy » ou de santé mentale ; je trouve que c'est un manque. Nous prenons en charge ces situations au feeling, nous n'avons pas de cadre d'intervention spécifique pour les appréhender. En cas de crise, nous essayons de ne pas énerver la personne, d'aller dans son sens et de ne pas contrer ses délires, l'objectif étant d'essayer de la calmer le temps du trajet. Lors de nos interventions, il est très compliqué pour nous d'obtenir une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Nous sommes confrontés à des situations d'urgence pendant lesquelles nous devons attendre la police, l'envoi d'un médecin par le Samu, l'arrivée de SOS Médecins, tout en gérant pendant ce temps-là la personne. On s'aperçoit que beaucoup de familles sont démunies face à la prise en charge de l'urgence dans le secteur psychiatrique. Ces interventions, qui ne sont cependant pas majoritaires, sont souvent très longues et il est très compliqué pour nous de solliciter les différents acteurs en même temps. Il me semblerait intéressant qu'un service d'urgence spécifique à la prise en charge des troubles « psy » soit développé. Ce service pourrait être composé d'infirmiers et/ou de psychiatres, et pourrait également permettre d'administrer une médication d'urgence minimale sur place pour calmer la crise de la personne ; ce que nous ne pouvons pas faire en tant que pompiers.

**Elena Popovici**Psychologue clinicienne  
Équipe Bociek, association Charonne  
Paris**Claude Pawlik**Psychologue clinicien  
Équipe Bociek, association Charonne  
Paris

# Quelques principes d'intervention d'une équipe mobile à destination de migrants précaires

Le projet<sup>1</sup>, de l'équipe Bociek a été élaboré en 2007 suite à un appel à projets de la préfecture de Paris. Sa formation découle d'une difficulté, supposée liée à la barrière de la langue, à travailler avec des groupes de personnes précaires originaires d'Europe de l'Est, présentes sur des structures d'accueil<sup>2</sup>.

## Une équipe mobile

La première fondation du projet est la mobilité. Le fonctionnement de l'équipe Bociek repose sur l'expérience des structures existantes et du maillage institutionnel parisien. Les populations dont nous parlons étant déjà présentes et suivies sur des lieux d'accueil, d'hébergement ou connues par les équipes de maraude, ces dernières possèdent une connaissance préalable du terrain, des personnes, et de la façon dont elles tissent des liens avec ce réseau. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur cette expérience et de favoriser le partenariat. C'est de ce constat que découle l'idée de s'inscrire en tiers dans les situations et les suivis. Les interventions auprès d'équipes partenaires se déclinent sous la forme de permanences (présence périodique régulière dans une structure), de maraudes, d'interventions ponctuelles ou d'accompagnements (accompagnement physique vers l'hôpital, l'administration...). Le type d'intervention dépend du professionnel, de l'objet de la demande, de la personne dont elle émane, etc. Elle va de la médiation « culturelle et linguistique » ponctuelle à des suivis éducatifs ou psychothérapeutiques, menés seul ou en binôme avec un professionnel d'une équipe partenaire. Elle est, en tous les cas, un « bricolage », au sens où elle se construit dans un cheminement entre l'usager, les institutions qui l'accompagnent et l'équipe Bociek. C'est un assemblage d'éléments hétérogènes des territorialités propres à chacune des parties.

## Recevoir dans une langue d'origine

Le dispositif s'est formé autour de groupes de migrants précaires qui, de fait, ne parlaient que très peu le français. S'est donc imposée la nécessité d'intervenants bilingues grâce auxquels il est possible de parler davantage de langues partagées que de langues maternelles, les contextes des apprentissages des langues étant variables d'un pays à l'autre et certaines langues étant proches les unes des autres. Nous pouvons citer le polonais qui permet de communiquer avec un locuteur slovaque pour des échanges simples, ou le russe qui est encore parlé par les citoyens de pays de l'ex-URSS, à l'exception des plus jeunes, dans certains pays. Le partage d'une langue a permis de nouer des contacts de manière très rapide avec des personnes qui étaient présentées comme n'ayant aucune demande. La langue partagée, d'autant plus si elle correspond à la langue maternelle, est un instrument puissant.

Elle permet évidemment d'être précis, de mobiliser davantage d'idées, de représentations et de concepts. Dans un sens, elle favorise aussi les malentendus et les incompréhensions qui ne seront plus attribués à la barrière de la langue. Elle introduit ainsi une richesse supplémentaire et la possibilité de la subjectivité. Sa potentialité d'évocation et d'association n'est pas la même que la langue d'un pays d'accueil. Enfin, elle est un vecteur de mouvement transférentiel entre usager et clinicien dans lequel se déroule tout un ensemble d'échanges (des identifications, par exemple). Nous pouvons supposer que la langue partagée peut devenir ici objet de médiation face à des problématiques complexes. Il est certain qu'il n'est pas anodin de rencontrer des professionnels parlant la même langue que soi dans un pays « d'accueil » dont on comprend mal la langue, et qui est donc un non-lieu où l'on ne comprendra pas les autres, ni ne sera compris.

## La médiation

Se reposer sur des dispositifs existants pour nouer un lien avec ces migrants précaires nous a conduits à procéder à des aménagements du cadre d'intervention. La médiation suppose l'introduction d'un tiers (le professionnel de l'équipe Bociek) dans un entretien à deux, entre l'usager et un médecin ou un travailleur social par exemple, pour tenter de désamorcer un conflit. Le rôle du médiateur va être d'introduire quelque chose face aux malentendus entre les deux parties, à savoir les langues partagées, et de réaliser une sorte de « décodage » culturel. Il peut se définir comme un passeur dont la fonction est de faciliter les échanges (de mots, de représentations) en permettant ainsi la coconstruction d'un cadre de référence et d'intervention commun à tous les acteurs. De plus, le médiateur peut être amené à rencontrer l'usager dans plusieurs structures et à plusieurs moments de son parcours. En le connaissant de cette manière, le médiateur va porter une parole sur l'usager auprès du professionnel, en introduisant par exemple la dimension psychique au cours d'une réflexion autour d'un point précis du suivi. Enfin, cette position de médiateur peut rendre le professionnel beaucoup plus présent dans le parcours d'un usager à travers des interventions ponctuelles mais régulières, où il fait en quelque sorte office de « fil rouge » tout au long du parcours institutionnel de ces personnes.

Pour conclure, nous soulignerons que le dispositif s'est développé et repose sur la nécessité de rencontrer des personnes qui semblaient peu enclines à se saisir des dispositifs existants. Notre pratique s'est développée autour de l'accueil, de la disponibilité et de la permanence, offrant la possibilité d'une continuité qui a été mise à mal chez des personnes dont le parcours et les difficultés qu'elles rencontrent sont parfois extrêmes.

<sup>1</sup> Le projet qui est proposé est celui d'une équipe mobile d'intervention psycho-sociale (ce sera l'intitulé de l'équipe Bociek) composée de psychologues et d'éducateurs parlant des langues d'Europe de l'Est. D'abord composée d'intervenants parlant le polonais et le russe, l'équipe s'étoffe au fur et à mesure de professionnels parlant le bulgare puis le roumain. Elle se déploie principalement sur le territoire parisien. Une réflexion est menée pour adapter ce(s) dispositif(s) à d'autres langues, sachant que l'on retrouve quelques traits saillants dans les profils de populations en termes de problématiques, de profils (âge, sexe, etc.) et d'inscriptions sur les territoires géographiques et institutionnels.

<sup>2</sup> Espaces de solidarité insertion (ESI), centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud).

### Najat Lahmidi

Chargée de projet Santé  
Mission « Squats et bidonvilles »  
ONG Première Urgence Internationale  
Paris

### Véronique Lemonnier

Médiatrice en santé  
ONG Première Urgence Internationale  
Paris

# Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles



Face au constat d'une progression de la pauvreté en France et de l'augmentation des inégalités sociales et sanitaires, l'organisation non gouvernementale (ONG) Première Urgence Internationale<sup>1</sup> a décidé de répondre aux besoins des populations en grande précarité, et plus particulièrement à ceux des femmes et des enfants.

Nos équipes basées en France travaillent notamment sur un projet qui concerne plus particulièrement les habitants des squats et des bidonvilles, majoritairement roumanophones, et très éloignés de l'accès au soin. Les raisons de cet éloignement s'expliquent principalement par la barrière de la langue, la méconnaissance des droits auxquels ces personnes, marginalisées et stigmatisées, pourraient prétendre, leur difficulté à prouver leur présence sur le territoire, la complexité des démarches administratives et la rupture des soins consécutive à une expulsion. Ces personnes se situent avant tout dans une optique de survie plutôt que dans une démarche de prévention. Dans bien des cas, elles ne sollicitent des soins médicaux qu'à partir du moment où la maladie atteint un certain stade de gravité.

Afin de répondre à cette problématique, Première Urgence Internationale a mis en place des activités de médiation en santé dans les squats et les bidonvilles. Dans le cadre de ces activités, des sorties hebdomadaires sur le terrain sont réalisées par les médiatrices en santé accompagnées de la chargée de projet, du bénévole ou du stagiaire. Elles consistent dans un premier temps à créer un lien de confiance avec les habitants. Pour cela, les médiatrices rencontrent les familles et prennent le temps de se présenter et d'écouter leurs besoins.

Par exemple, elles peuvent être amenées à rencontrer des femmes enceintes qui souhaitent faire suivre leur grossesse mais qui ne savent pas où aller et vers quel professionnel de santé se tourner, ou alors, des familles avec des enfants en bas âge (0-6 ans) qui ne sont pas à jour dans leurs vaccins ou qui n'en ont jamais bénéficié, et qui souhaiteraient voir un médecin pour faire vacciner leurs enfants. En fonction de la situation médico-sociale de chaque personne, les médiatrices sensibilisent, orientent vers la structure la plus adaptée, et si besoin accompagnent.

Nous avons mis en place des protocoles particuliers, notamment concernant la confidentialité des échanges avec les habitants et les informations recueillies, la sécurité de nos équipes, la violence faite aux femmes, mais également la conduite à tenir en cas d'urgence vitale ou d'épidémie.

La médiation en santé a pour but d'améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations précaires. Les équipes font le lien entre les habitants et les professionnels médico-sociaux. C'est pourquoi notre action est dirigée à la fois vers les professionnels médico-sociaux et les personnes vivant dans les bidonvilles. Les médiatrices sont des salariées de l'association, roumanophones, critère indispensable pour pouvoir communiquer avec ces populations. Elles sont formées en interne et de manière continue avec le soutien de la chargée de projet, professionnelle de santé. Elles sont également rattachées au Programme national de médiation sanitaire<sup>2</sup>.

Les activités des médiatrices en santé contribuent à :

- *favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie*, par exemple en expliquant les différentes protections sociales et leurs conditions d'accès. Cela conduit à informer les personnes des lieux où se rendre pour l'ouverture d'une domiciliation administrative, première étape indispensable avant toute autre démarche administrative. Enfin, elles favorisent l'accompagnement des personnes dans les structures pour la constitution de leur dossier et leur suivi ;
- *encourager l'accès aux soins*, à travers des activités de promotion à la santé (sensibilisation des personnes sur la contraception, périnatalité, hygiène bucco-dentaire...) ;
- *améliorer l'accueil des personnes en sensibilisant les professionnels médico-sociaux*. Il s'agit notamment de faire comprendre pourquoi les personnes sont en retard ou manquent leur rendez-vous en expliquant qu'elles ne sont pas désinvesties mais que la stratégie de survie dans laquelle elles sont ancrées relaye bien souvent la santé au second plan ;
- *accompagner les professionnels de santé par la création d'outils adaptés*. À partir des difficultés rencontrées ou de la méconnaissance des professionnels envers les

<sup>1</sup> Première Urgence Internationale est une organisation non gouvernementale (ONG) internationale à but non lucratif, apolitique et laïque. Elle vient en aide aux victimes civiles, marginalisées ou exclues par des catastrophes naturelles, des guerres et des situations d'effondrement économique. Sa vocation est de défendre les droits fondamentaux de la personne tels que définis dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948.

<sup>2</sup> Le Programme national de médiation sanitaire dispense des temps de formation continue sur, par exemple, la posture du médiateur, l'accès au droit, la santé, le système de soins en Roumanie, la protection de l'enfance, certaines pratiques observées dans les bidonvilles (prostitution, religion, usage de drogues). Cela permet de contribuer à l'échange de pratique et la création d'outils.

personnes vivant en bidonville (barrière de la langue, différence culturelle, illettrisme, grande précarité sur le lieu de vie), nous élaborons des outils avec des messages très simples et imagés pour faciliter l'échange entre patient et soignant.

Concernant l'orientation des personnes vers les structures de soins, et dans ce domaine spécifique, l'expérience nous a permis de développer des compétences en « mapping », c'est-à-dire en recensement des structures de santé. Ce savoir-faire nous permet également de rencontrer régulièrement les personnels de ces structures pour faciliter et préparer l'accueil de ce public. Cela passe par des campagnes d'information, de sensibilisation, et d'organisation d'ateliers. À Montreuil, par exemple, nous travaillons régulièrement avec les structures de soins locales, telles que les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres municipaux de santé (CMS). Lorsque nous accompagnons des personnes pour leur rendez-vous, cela nous donne l'opportunité d'échanger avec les personnels soignants et/ou administratifs. Nous proposons ensuite un temps plus formel de formation pour faire connaître la médiation en santé mais aussi déconstruire les préjugés et les idées reçues autour de ce public. Nous en organisons régulièrement à l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis et à

l'hôpital intercommunal André-Grégoire à Montreuil, lieux où nous avons des permanences hebdomadaires respectivement depuis 2014 et 2015. La création de ces structures se base sur la mise en exergue de besoins au sein des hôpitaux de la présence d'un tiers extérieur facilitant la communication entre les équipes médico-sociales et les patients vivant en bidonvilles roumanophones. La médiatrice est sollicitée aussi bien par les services où sont pris en charge des patients hospitalisés que par les patients qu'elle rencontre dans la structure. Elle facilite leur orientation et leur parcours de soins.

De plus, nous avons également créé des outils facilitant l'orientation des personnes comme des fiches de liaison, remplies par une médiatrice, un médecin bénévole, et des plans d'accès destinés aux personnes allophones. La non-maîtrise de la langue française est un frein important dans l'accès aux soins des personnes vivant en bidonvilles. La médiation permet de rééquilibrer la communication entre des personnes qui ne parlent pas la même langue, mais qui n'ont également pas les mêmes codes du fait de leur origine et de leur parcours de vie.

## ▶ « Aller vers » les lieux d'origine en Roumanie des roms des bidonvilles de France

**Thomas Ott**

Docteur en anthropologie  
Chargé de programme pour l'ONG ITD Monde<sup>1</sup>  
Lyon

Alors que la situation lyonnaise des bidonvilles est pour le moins préoccupante, la Métropole de Lyon décide d'« aller vers » les lieux « d'origine » des roms vivant en bidonvilles. Que se passe-t-il « à l'origine » dans ces localités roumaines ? Pourquoi (mais surtout comment) la situation des familles de roms les pousse-t-elle à s'exiler plus à l'ouest, de manière si *désemparée* (littéralement sans moyens, abandonnées à elles-mêmes) ? Peut-on y remédier ?

Une convention de coopération a été signée dès 2011 avec la commune de Tinca dans le nord-ouest de la Roumanie, où la situation des roms apparaît comme le reflet d'un problème qui se répète partout ailleurs dans le pays : un quartier « ghettoisé », des conditions d'habitat très précaires, un chômage endémique, des enfants déscolarisés en grand nombre et des services sociaux municipaux inopérants.

Cette démarche institutionnelle d'« aller vers » ne cible d'abord pas pour autant une population en particulier, mais elle constitue un lien entre deux collectivités européennes en ciblant en premier lieu le manque de moyens alloués à la prise en charge des plus pauvres dans la commune roumaine. L'objectif de la coopération est la création d'un dispositif public d'action sociale en direction des plus défavorisés.

ITD Monde, qui accompagne ce travail, va alors former une équipe locale pour intervenir auprès des ménages pauvres

du quartier rom de la commune. Les compétences mobilisées sont au service de la prise en compte des situations d'extrême vulnérabilité, alors que les familles pauvres vivent isolées et ne font que rarement appel à l'aide publique. L'équipe est composée de travailleurs sociaux issus de la communauté rom de Tinca, d'habitants du quartier pauvre, d'enseignants des écoles de la commune, de gestionnaires de projet des villes alentours. Cette diversité de parcours, d'expériences et de profils permet une complémentarité des approches professionnelles, nécessaire pour atteindre son objectif d'une prise en compte globale des situations. Auprès des ménages et en lien avec les institutions publiques locales, l'équipe intervient selon une démarche de médiation, une présence dans le temps long, une connaissance fine des situations individuelles.

D'« aller vers », la démarche devient celle d'« aller avec » pour recréer du lien avec ceux qui sont éloignés de leurs droits. La posture de l'équipe est compréhensive, ce qui permet de s'appuyer sur les capacités des personnes à parler de leur situation et d'identifier des solutions, de soutenir et d'accompagner l'expression des besoins et de la demande, d'éviter le repli et l'auto-exclusion face aux dispositifs d'aide. Ces derniers apparaissent en effet souvent contraignants ou inaccessibles s'ils ne sont pas expliqués et détaillés pour que le demandeur y trouve les éléments de ses choix potentiels.

<sup>1</sup> En 2011, la Métropole de Lyon (alors Grand Lyon) missionne ITD Monde, en connaissance des questions posées par la mobilité des familles pauvres de roms roumains à Lyon et en Roumanie, pour mettre en place un lien de coopération avec une commune roumaine concernée par le départ de ces familles.

David Martin

Infirmier  
Strasbourg

# Infirmier en EMPP : ajuster ses pratiques

Infirmier, diplômé depuis 2005, j'ai exercé jusqu'à présent dans divers services de psychiatrie fermés ou ouverts dans deux centres hospitaliers spécialisés différents avant de rejoindre une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP). Le rôle et la place de la psychiatrie dans la société me paraissaient alors limités à accueillir des patients en crise, les rétablir psychologiquement et socialement, puis les autoriser à rentrer chez eux dans une stabilité voulue définitive. De ma place d'infirmier en service hospitalier, j'avais une conception « ouvrière » de mon travail qui consistait en l'accomplissement de tâches dans le cadre d'un poste horaire. Je n'avais pas connaissance du contexte d'existence des personnes hospitalisées et je standardisais mes soins. Je n'avais pas conscience que l'hospitalisation ne représente qu'une parenthèse dans la vie du patient et que l'histoire de sa maladie continue après l'hôpital. C'est en intégrant l'extrahospitalier que j'ai constaté que la majorité des personnes suivies en psychiatrie le sont depuis chez elles. Si les hôpitaux psychiatriques devaient assumer ce rôle, ils ne pourraient pas absorber toute la demande existante, *a fortiori* avec la réduction du nombre de lits qu'ils connaissent.

## Une rencontre avec un public

Dans mon expérience d'infirmier au sein d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)<sup>1</sup>, j'ai été questionné par des personnes à la fois précaires dans leur mode de vie et riches d'une liberté personnelle inconditionnelle. Parmi ces personnes vivant à la rue, les plus étonnantes pour moi sont celles qui présentent un délire chronique accompagné de symptômes massifs et percutants de leur pathologie. Ma première pensée, en les rencontrant, a été : « Je me dois de faire soigner ces personnes, elles ont besoin d'un traitement à action prolongée, d'une allocation adulte handicapée, d'un tuteur (le "costume trois pièces" d'une expression courante en psychiatrie)... » Mais je me suis ensuite rendu compte que mes représentations sur un parcours de vie satisfaisant n'étaient pas valables pour ce public particulier. En fait, je les ai vus surgir ces hommes et ces femmes dans cet accueil de jour comme s'ils venaient de nulle part et disparaître subitement comme s'ils n'avaient jamais été là. J'avais toujours entendu dire que la maladie mentale fragilisait les possibilités d'autonomie du patient et nécessitait absolument un traitement pour assurer une existence stable. Étonnamment, ces personnes étaient malades mais autonomes, sans toit, mais s'abritant où elles le décident, seules mais pas isolées. Elles n'ont pas fondamentalement besoin d'aide. La rue, de par les ressources et solutions qu'elle offre, de par le passage régulier de personnes et services, constitue en soi une institution pour eux. La rue est violente, d'une violence évidente. La société ne l'est pas de prime abord mais peut se révéler tout aussi maltraitante par les violences invisibles qui peuvent créer chez une personne un sentiment de honte, d'indignité. On comprend mieux alors l'histoire de ce processus d'auto-exclusion qui mène à la rue. Mais mes représentations entourant ces malades de la rue ont évolué.

## Une remise en question

Ces rencontres m'auront appris deux choses. La première est qu'il faut toujours aller rencontrer une personne signalée comme « en souffrance », car cela peut permettre d'éviter de la faire souffrir réellement, même si le risque qu'elle prenne la fuite face à la curiosité d'un inconnu existe toujours. Il faut parfois des semaines pour parvenir à croiser le regard d'un de ces personnages de la rue et des mois pour obtenir un bonjour... La proposition de consulter un professionnel de santé doit s'appuyer sur l'intérêt recherché par la personne précaire malade. On entend souvent qu'un patient atteint de trouble délirant n'a pas la conscience d'être malade, mais il vit ses troubles (son sommeil perturbé, ses sensations bizarres, son angoisse ou son agitation). C'est autant de points d'appel pour demander un avis médical. Donc, avant de pousser à la consultation, il faut déjà s'assurer que l'on a compris ce qui pose problème à la personne, ce qui la dérange, et ce qu'elle souhaiterait confier à un professionnel. La deuxième chose est que l'urgence en tant que tel n'existe pas fondamentalement lors d'un « dépistage » psychiatrique de première ligne. Autrement dit, le patient qui manifeste des troubles psychiatriques ne nécessite pas de gestes ou de mesures immédiates pour garantir sa survie, comme c'est le cas lors d'un arrêt cardio-respiratoire ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Cette phase est appelée à passer ou à permettre au patient de formuler sa demande d'aide (trouble du sommeil, de la pensée, angoisses, ou difficulté financière, tension familiale, problème professionnel...). Ce qui différencie une urgence immédiate d'une situation reportable dans le temps est le fait que, dans le premier cas, on est poussé à réagir, sans débat ou interrogation. Quand on se pose la question de ce qui doit être fait, c'est que la réponse se trouve dans la prise de recul et la réflexion d'équipe. Ayant pris conscience de ma propre peur et ayant su entendre les demandes que les malades sans toit désiraient formuler, je n'avais plus en face de moi des « fous » qu'il fallait traiter, mais des adultes autonomes avec une difficulté personnelle. En les considérant comme tels, ils manifestaient dès lors moins de symptômes et investissaient plus facilement la relation. C'est en s'appuyant sur « le côté sain » du malade qu'on l'aide à restaurer son autonomie.

## Comment donc travailler avec ce public particulier ?

Mais si toutes ces personnes n'ont pas fondamentalement besoin qu'on « s'occupe d'elles », n'y a-t-il rien à leur proposer lors de nos rencontres ? Dans quel sens peut-on orienter un travail d'accompagnement, quels objectifs peuvent être fixés avec eux ? Quel pourrait être le point de départ ? Est-ce le besoin que le professionnel identifie ? Est-ce le décalage avec les normes sociales ? Et si le point de départ était simplement une demande, quelle qu'elle soit, de la personne délirante vivant dans la rue ? Et si la construction de la prise en charge se faisait à partir de ce qui définit cette personne, de son histoire, même empreinte de délire ? C'est ce qui se joue dans le

<sup>1</sup> L'accès au soin des personnes les plus démunies étant un des axes prioritaires de l'agence régionale de santé Grand Est, une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) a été constituée à Strasbourg conjointement par le centre hospitalier d'Erstein et l'établissement public de santé Alsace Nord.

cadre de la maraude ou de l'accueil de jour assurés par la ville, où les usagers sont en position de demande et commencent souvent par réclamer un café, une couverture, des chaussures. La réponse empathique des professionnels à leurs demandes concrètes leur permet de tester la fiabilité et l'authenticité des représentants de la société civile. Cette accroche peut ouvrir des demandes plus larges et personnelles de la part de ces personnes avec une dont l'histoire est marquée par une rupture avec le monde civil. Ces moments d'expérimentations de l'insertion sociale peuvent faire émerger l'envie de faire du lien, de parler, de se raconter. Ce relâchement du repli et de la méfiance est l'occasion pour la personne précaire de valider son statut d'être humain, de personne digne, d'existant. Cette ouverture dans les desiderata de la personne est encore plus engageante chez les malades relevant d'une prise en charge psychiatrique. En effet, c'est une ouverture dans leur intimité psychique, leur espace de confiance qui est alors dégagé de la dissociation ou du délire le temps d'un échange. Faire vivre ce moment, l'investir, permet à la personne vivant

avec une pathologie mentale d'exprimer autre chose que ses symptômes qui sont aussi un moyen de protection face à l'intrusion psychique. Faire exister ces instants permet de favoriser l'apaisement chez les deux interlocuteurs et de bâtir un échange constructif vers un objectif commun. Peuvent alors émerger des demandes plus ou moins réalisables ; ce qui importe n'est pas de donner une réponse positive à la personne mais d'accepter son existence. Il est alors possible de tout proposer, même le soin, à partir du moment où l'on tient compte des demandes et des projets de l'accompagné. Cela nécessite du temps, du lien et de la constance sans préjuger des résultats. En fin de compte, accueillir ces personnes c'est écouter, entendre et ne jamais définir à leur place ce qui serait nécessaire pour elles. C'est accepter de ne pas être en position de savoir. C'est proposer ce qui paraît être attendu par le requérant. Et pour ce public précaire et malade, c'est accueillir sans rien attendre de la rencontre. Parce que mon attente ne laisserait pas de place à sa demande.

## ▶ Une équipe mobile orientée rétablissement

**Émilie Labeyrie**

*Psychologue clinicienne, coordinatrice  
Équipe MARSS, AP-HM  
Marseille*

L'équipe MARSS s'est créée en 2004 à partir d'une équipe de bénévoles de l'ONG Médecins du Monde (MDM) qui effectuait des maraudes. Progressivement, elle s'est institutionnalisée en devenant une EMPP en 2007, avec un statut d'unité fonctionnelle hospitalière de l'AP-HM<sup>1</sup>. En termes d'effectif, elle se différencie des autres EMPP françaises par le nombre élevé de professionnels qui la composent et par la présence de médiateurs de santé/travailleurs pairs<sup>2</sup>.

L'EMPP est un service psychiatrique dans la rue. Elle rencontre des personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères et exclus du système de soins et des prises en charge sociales. Ses deux principes d'action sont d'« aller vers » et de travailler en partenariat avec le secteur social. L'idée est de proposer un accompagnement et une continuité dans les soins en santé mentale de proximité vers des structures bas seuil, ceci afin de favoriser une politique de réduction des risques et des dommages en santé mentale. L'EMPP se base sur des théories de pratiques plus individualisées. Elle se centre sur le développement de compétences psychosociales en travaillant sur l'estime de soi, les responsabilités, l'intelligence émotionnelle, l'empathie, la résilience et la gestion du stress. Des objectifs adaptés, définis avec l'usager, sont mis en place : avoir une vie satisfaisante, être un citoyen comme les autres, s'intégrer dans la communauté, développer sa capacité à se gérer soi-même, entreprendre des activités sociales, se redéfinir et reconstruire un sens de soi... Ce travail d'introspection passe par la mise en place de critères d'action tels que l'espoir, le pouvoir d'agir, le bien-être, le bonheur, l'autonomie... L'axe principal de la prise en charge vise l'amélioration du fonctionnement psychique et social de la personne pour consolider sa place et son statut dans la société, afin de retrouver une reconnaissance. C'est de la psychiatrie au plus près de la parole de l'usager et de ce qu'il a à dire de sa souffrance psychique sur la scène sociale, soit respecter son temps ainsi que sa manière de s'exprimer par l'acte ou

le désordre chaotique qu'il éprouve. Ceci n'empêche pas le travail clinique de contenance et de soins psychiques, comme celui d'évaluation d'une symptomatologie ou de la mise en place de traitements médicamenteux vers une hospitalisation.

## La « non-demande » dans une perspective de rétablissement

Les choses importantes pour créer un lien de confiance sont d'abord de se baser sur les besoins primaires de la personne (manger, dormir, hygiène, sécurité...) et de créer une dynamique dans la relation grâce à une écoute attentive. C'est seulement ensuite qu'une demande sanitaire et sociale peut émerger. Il faut considérer la personne comme un sujet désirant et non plus celle « d'objet déchet » à laquelle la société l'assigne. Cela passe donc par l'apport de soins de proximité en santé mentale et somatique : diagnostics, entretiens, soins, prévention, réduction des risques.

On rétablit les droits sociaux. On propose un accompagnement dans les soins (consultations spécialisées, hospitalisations), dans le projet de vie mais aussi à domicile ou dans des lieux d'hébergement. La pratique s'axe sur la personne vers une visée d'autodétermination et d'autogestion. C'est une vision holistique, centrée sur le corps, l'esprit et la communauté, vers une réflexion globale de la prise en charge. La pathologie psychiatrique n'est pas vue de manière déficitaire. Le rapport singulier au monde dans lequel évolue la personne est pris en compte dans l'ici et le maintenant. Pour cela, l'engagement dans la relation est nécessaire. C'est un travail de réassurance qui ne doit jamais perdre de vue, l'importance du choix donné à la personne est un processus vers la responsabilisation. L'approche est fondée sur les forces de la personne dont elle reconnaît la dimension existentielle de la crise psychotique, afin de donner un sens à ce qui est éprouvé.

<sup>1</sup> Le partenariat avec MDM a pris fin en 2011.

<sup>2</sup> En 2012, un programme expérimental est dirigé par le Centre collaborateur OMS France pour la santé mentale (CCOMS), ayant pour objectif la création d'une nouvelle profession, la transformation des pratiques et des représentations des équipes de psychiatrie publique. Les médiateurs de santé pairs sont embauchés dans les équipes hospitalières comme facilitateurs de la création, la restauration et le renforcement du lien avec l'usager par leurs savoirs expérimentiels. Ils représentent le rétablissement incarné pour lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale.

## Ana Marques

Sociologue, chargée d'études  
EPS Ville Evrard

# Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ?

1 Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Éditions de Minuit.

2 L'analyse présentée ici mérite d'être complétée par celle intégrant l'interaction des avis de ces différents acteurs, ainsi que les autres nombreux éléments entrant en ligne de compte pour la légitimation ou non d'une intervention, tels que la qualification de la situation comme étant d'ordre psy ou non, comme relevant d'une urgence ou non. Voir : Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité*. Thèse en sociologie, EHES.

3 Ogien, A. (1989). *Le raisonnement psychiatrique : Essai de sociologie analytique*. Paris : Méridiens Klincksieck ; Furtos, J. et Morcellet, P. (2000). *Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin*. *Rhizome*, 2 ; IGAS. (2005). *Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ?*. Rapport de mission.

4 Les termes « acceptation » ou « choix » sont préférés ici à « consentement », qui présente deux inconvénients majeurs. D'une part, « consentement » et « acceptation » sous-entendent une attitude passive et indiquent seulement un accord donné à une proposition faite par autrui, tandis que le terme « choix » ouvre sur l'idée d'une personne active en demande, en acceptation, en non-demande ou en refus. D'autre part, dans le contexte de la santé, le terme « consentement » peut être pris à tort pour synonyme de la définition, restreinte sur le plan juridique, du consentement libre et éclairé, contrairement au terme « acceptation ». Je remercie Louisa Fergani-Coquin pour ses commentaires qui ont notamment montré la nécessité de préciser ces concepts.

5 Vexliard, A. (1998). *Le clochard*. Paris : Desclée de Brouwer (1<sup>ère</sup> édition 1957) ; Declerck, P. (2001). *Les naufragés : Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon ; Emmanuelli, X. (2003). *Out : L'exclusion peut-elle être vaincue ?*. Paris : Robert Lafont ; Rullac, S. (2006). *La critique de l'urgence sociale : Et si les SDF n'étaient pas des exclus ?*. Paris : Vuibert.

La psychiatrie a souvent été accusée de « surinterventionnisme » (hospitalisations abusives, contrôle social, gestion de l'ordre public, psychiatrisation du social), alors même qu'elle se limitait à soigner ceux qui venaient à elle, d'eux-mêmes ou emmenés par des tiers<sup>1</sup>. Plus récemment, alors que les prises en charge psychiatriques se déroulent de plus en plus en dehors des lieux de soins, elle est également critiquée pour son « sous-interventionnisme » (dés-hospitalisations abusives, socialisation de la psychiatrie). Les différents acteurs de l'action sociale, du médico-social, de l'ordre public, de la justice, de la psychiatrie et les familles rencontrant des situations impliquant potentiellement la psychiatrie, questionnent la légitimité de celle-ci à intervenir – et à ne pas intervenir – hors d'un lieu de soins. Une frontière, ou plutôt une zone d'intersection floue et mouvante existe entre les situations dans lesquelles une intervention psychiatrique est considérée légitime (et où ne pas intervenir serait illégitime) et celles dans lesquelles elle serait considérée illégitime. Sachant que, bien souvent, les acteurs n'ont pas le même avis, y compris au sein des équipes psychiatriques, nous allons examiner la qualification comme légitime ou illégitime (surinterventionnisme ou sous-interventionnisme) de l'intervention psychiatrique d'« aller vers », et ce en relation avec la demande ou la non-demande de l'utilisateur<sup>2</sup>. L'idée ici est d'avoir quelques éléments schématiques pour nourrir la réflexion concernant les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), mais pouvant aussi servir à d'autres équipes, notamment celles de la psychiatrie ordinaire, lorsqu'il s'agit d'« aller vers » des personnes qui ne sont pas connues de l'équipe en lien avec les acteurs mentionnés précédemment.

## « Une sorte d'amalgame est mis en évidence entre demande de soins et présence dans un lieu de soins. »

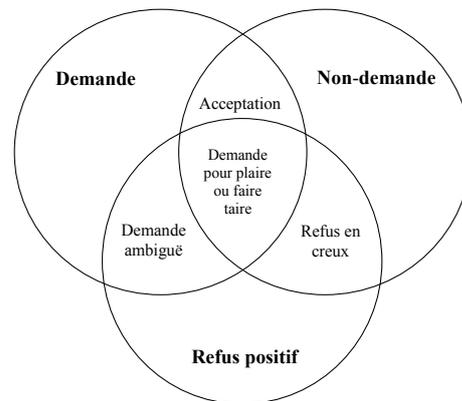
Classiquement, c'est la demande qui légitime une intervention en psychiatrie ordinaire<sup>3</sup>. Mais pas n'importe quelle demande : seulement celle formulée en présence de la personne à soigner (par elle-même ou un tiers) dans un lieu de soins, ce que j'appellerai pour résumer la « demande en présence ». Ceci met en évidence une sorte d'amalgame entre demande de soins et présence dans un lieu de soins. Par exemple, lorsque les familles ou les professionnels de l'action sociale demandent au centre médico-psychologique (CMP) une visite au domicile d'une personne qui n'est pas connue du CMP, il est rare qu'ils l'obtiennent. Le plus souvent, celui-ci exige que ces acteurs travaillent avec la personne pour qu'elle accepte de se déplacer vers un lieu de soins, ou bien il faut attendre que sa situation se dégrade ; ce sera alors à la police ou aux pompiers d'intervenir et de la conduire vers une structure médicale. On se retrouvera ainsi dans le

cadre d'une demande en présence, éventuellement pour des soins sans consentement. Dans ces cas, même si la personne ne demande rien, la rencontre avec un professionnel pourra légitimement avoir lieu. Sa présence vaut demande ou au moins acceptation<sup>4</sup>, ne fût-ce que pour la rencontre avec le professionnel du soin. Il en est de même pour une personne en hospitalisation somatique, qui peut recevoir la visite d'un psy dit « de liaison » sans l'avoir demandé : elle est déjà dans un lieu de soins. Et les visites à domicile, y compris celles qui ne sont pas programmées, sont le plus souvent réalisées pour des personnes connues du service, donc en référence à une première demande en présence, ce qui n'est pas le cas pour les personnes non connues des équipes. Le paradigme est donc celui de faire venir la personne dans un lieu de soins. La demande en présence permet l'entrée légitime de la psychiatrie dans une prise en charge, et son absence le lui évite et légitime sa non-intervention.

Les équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP), au contraire, ont été créées pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité, justement en l'absence de ce type classique de demande. Cette nouvelle forme de légitimation est possible grâce notamment à la qualification de la population concernée comme « ceux qui ne demandent plus rien<sup>5</sup> ». L'amalgame entre demande et présence est ici également opérant. C'est ainsi la non-demande qui légitime l'intervention des EMPP, et notamment un type d'intervention, l'« aller vers », car la non-demande est déduite de la non-présence des personnes dans les institutions. Ici, la demande d'un tiers, tel qu'un travailleur social ou un riverain, suffit pour légitimer l'intervention, ou même aucune demande, dans le cas - plus rare - de maraude par les EMPP. Dans la plupart du temps, c'est donc la demande de ces tiers, associée à la non-demande de l'utilisateur en situation de grande précarité, qui légitime l'intervention des EMPP.

À noter qu'il est possible qu'une personne soit, en même temps, en non-demande et en demande, si l'on considère des aspects relativement précis. Par exemple, la personne peut être en demande pour discuter avec ce jeune homme sympathique qui vient les jeudis (qui est membre d'une EMPP) et en non-demande pour des soins psychiatriques. L'intervention de l'EMPP se trouve légitimée à la fois par cette demande et par cette non-demande. Mais le plus souvent, les choses sont plus nuancées, voire ambiguës : des demandes qui ressemblent à des refus (« *Je veux bien aller au CMP. Demain, aujourd'hui je suis trop occupée.* »), des refus qui sont en même temps des demandes (« *Je ne vous parle plus vous, vous n'êtes pas venu me voir pendant des semaines.* »), des non-demandes qui sont une façon de demander (« *Si vous voulez.* »). Ceci peut être schématisé de la façon suivante :

Figure 4 : Demande, non-demande et refus.



Tout le travail des acteurs est de faire en sorte que la personne soit en demande de soins ou, à défaut, en « zone de demande » : demande, acceptation, « demande ambivalente », « demande pour plaire ou faire taire ». Ceci est valable pour l'exercice ordinaire en psychiatrie<sup>7</sup>, mais lorsque cela se passe dans un lieu de soins ; même si chaque intervention peut faire l'objet de négociations pour être considérée comme étant légitime, le contact de la psychiatrie avec la personne est déjà légitimé par sa présence, car *in fine* elle est venue d'elle-même, elle est donc en zone de demande pour au moins cet aspect. Dans le cas des EMPP, il a fallu justement légitimer en tout premier lieu le fait d'« aller vers » ces personnes et ensuite chacune des interventions effectuées ainsi que celles non effectuées.

Lorsqu'un aspect de la prise en charge se trouve en zone de demande, l'intervention de l'EMPP est légitimée par référence à cette demande. En cas de demande, ne pas intervenir, ne fût-ce que pour évaluer le besoin, peut être considéré du sous-interventionnisme. Si la demande de l'utilisateur concerne les soins psychiatriques, les interventions légitimes s'orientent vers le passage de relais vers les équipes psychiatriques de droit commun (le plus souvent, les secteurs de psychiatrie publique), car l'« aller vers » est légitime seulement comme une façon de rétablir le schéma habituel de légitimation par une demande en présence. Ainsi, les interventions de prise en charge à part entière par les EMPP pourraient être considérées comme une sorte de sur-interventionnisme, une forme de filière de soins spécifiques pour les précaires, à l'écart des soins de droit commun.

Lorsque la personne est en « zone de non-demande » (non-demande, acceptation, demande pour plaire ou faire taire et de « refus en creux<sup>8</sup>»), l'« aller vers » des EMPP est légitimé par référence à la non-demande, raison d'exister de ces équipes. Elles interviennent ainsi pour évaluer la situation et, si besoin, déplacer la personne de la zone de non-demande à celle de demande, afin de l'orienter, voire l'accompagner vers les soins.

*« L'enjeu sera de savoir comment l'EMPP construit sa légitimité à ne pas "aller vers", puisque finalement elle est légitime pour intervenir dans quasiment toutes les situations. »*

L'intervention des EMPP est illégitime uniquement dans deux situations, et ce seulement après évaluation : le « refus positif » et la demande. En cas de refus positif, maintenir l'intervention peut être considéré comme de l'acharnement, un non-respect du choix de la personne, du sur-interventionnisme. En cas de demande, la personne peut bénéficier des services de droit commun, ne fût-ce que théoriquement, et les EMPP sont censées ne pas remplacer ni palier aux défaillances du droit commun. Dès lors, l'enjeu sera de savoir comment l'EMPP construit sa légitimité à ne pas « aller vers », puisque finalement elle est légitime pour intervenir dans quasiment toutes les situations, ne fût-ce que pour évaluation. De ce fait, le refus d'intervenir peut être difficile à légitimer et être ainsi considéré comme du sous-interventionnisme. Or si cela peut faciliter l'accès aux soins (encore faudrait-il l'évaluer), cela augmente par la même occasion le risque de différentes formes de « psychiatrisation du social ».

*« Il est question d'équilibrer deux impératifs : d'une part, faciliter l'accès et le maintien dans les soins des personnes, et, d'autre part, respecter leur liberté, notamment de refuser les soins. »*

Nous avons montré ici l'élargissement du périmètre légitime d'intervention de la psychiatrie par les EMPP aux situations de non-demande liées à ladite grande exclusion et la conséquente réduction de la possibilité à ne pas intervenir légitimement. Ceci offre des éléments de réflexion à l'intervention d'autres équipes mobiles, mais aussi à celle de la psychiatrie ordinaire hors d'un lieu de soins pour des patients qui n'y sont pas connus. Il est question d'équilibrer deux impératifs : d'une part, faciliter l'accès et le maintien dans les soins des personnes, et, d'autre part, respecter leur liberté, notamment de refuser les soins. Deux impératifs qui se posent de façon encore plus aiguë lorsqu'il s'agit des personnes les plus vulnérables, qui cumulent plusieurs problématiques en plus des troubles psychiques.

<sup>6</sup> Entre guillemets figurent des extraits d'entretien effectués dans le cadre d'une thèse. Voir Marques, A. (2010).

<sup>7</sup> Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : Sociologie de la maladie mentale*. Paris : Armand Colin.

<sup>8</sup> Cela peut être un refus lié à la méconnaissance de ce qui est proposé ou à un état psychique altéré par la prise de substances, par une maladie psychiatrique ou neurologique, par exemple. Le refus en creux s'oppose au refus positif, qui est un choix libre et éclairé.

**Mathilde Sorba**

Doctorante en sociologie  
Orspere-Samdarra  
Centre Max Weber Lyon II  
Lyon

# Enquêter l'incurie et rencontrer une personne ?

**1** Au niveau national, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) préconise des formes d'intervention partenariales entre le champ sanitaire et social à travers la diffusion de guides de bonnes pratiques ou l'organisation de journées d'étude à destination des professionnels concernés. Au niveau régional, selon les formes de partenariat existant et les ressources territoriales, on observe à l'initiative des agences régionales de santé, des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), voire de bailleurs, la mise en place de dispositifs dédiés caractérisés par une approche partenariale.

**2** La ville de Toulouse a mis en place en 2012 un protocole de coordination entre la ville, un centre hospitalier de psychiatrie et le conseil départemental autour de la prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat.

**3** À titre d'exemple, nous citerons le dispositif « Traitement des situations d'incurie dans l'habitat », porté par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et l'association Action pour l'insertion par le logement (Alpil).

**4** La prise en charge des logements insalubres s'opère en accord avec le Code de la santé publique, appliqué dans le cadre des pouvoirs de police préfectoraux (article L.1311-4 du Code de la santé publique) ou du règlement sanitaire départemental, appliqué par les communes.

**5** Selon l'article L.1312-2 du Code de la santé publique, le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés aux articles L.1421-1 et L.1435-7 ou des agents des collectivités territoriales mentionnés à l'article L.1312-1 est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende. L'article L.1311-4 du Code de la santé publique prévoit également qu'en l'absence d'une remise aux normes du logement, les pouvoirs publics peuvent exiger des « travaux d'office ».

**6** À ce propos, on peut observer ces dernières années la spécialisation d'entreprises dans des activités de nettoyage et de débarrasage relevant de problématiques d'origine « psychiatrique » ou relevant de la santé mentale.

Si la problématique de l'incurie se prête bien à une réflexion sur la question de l'« aller vers », c'est que sa prise en charge met à l'épreuve les frontières entre espace privé et espace public. Face aux limites d'une prise en charge « technique » focalisée sur le logement et ses effets, illustrée par des phénomènes de « récurrence », on observe aujourd'hui une remise en cause de l'efficacité de ces interventions et une sorte d'inconfort moral et éthique des professionnels à intervenir de façon coercitive. Soucieuses que ces interventions puissent être vécues comme violentes par l'habitant, différentes instances concernées<sup>1</sup> participent à une problématisation de la prise en charge de l'incurie dans le champ de la santé mentale, manifestant un accroissement de la prise en compte d'une dimension subjective de l'habiter. « Habiter » n'est alors plus considéré seulement à travers des dimensions sociales, c'est-à-dire à l'aune de ce que cela engage en termes de cohabitation et de normes d'usage. L'habiter résulte aussi de choix individuels, et l'on reconnaît la liberté de chacun à s'approprier son logement comme bon lui semble. Dans ce cadre, comment traiter la réticence ou l'opposition de l'habitant face à une intervention dans et sur son logement ? Devant cette manifestation de la subjectivité de l'habitant et de son habiter, les professionnels tenus d'intervenir sur le trouble occasionné par le logement ont recours à différentes approches leur permettant de la supporter : un travail en relais avec des formes d'expertise permettant d'objectiver l'habitant et son trouble, ou le recours à des compétences relationnelles permettant de travailler directement sur l'opposition ou l'absence de demande. On observe donc aujourd'hui, autour de la question de l'incurie, la mise en place de partenariats institutionnels<sup>2</sup> entre les champs sanitaire et social, ou le montage de dispositifs<sup>3</sup> dédiés, fondés sur des compétences relationnelles.

## « Aller vers » à partir de prérogatives

Lorsque le logement représente un danger imminent pour la santé et/ou la sécurité de son habitant et/ou de son environnement, les autorités publiques sont tenues d'intervenir dans le cadre de prérogatives en matière de santé et de sécurité publiques<sup>4</sup>. Dans ce cadre, il est donc attendu que l'habitant participe à l'enquête sanitaire et à la remise aux normes de son logement. Mais si le cadre législatif permet une intervention coercitive fondée sur une interprétation juridique des marques d'opposition de l'habitant<sup>5</sup>, on observe que les techniciens sanitaires privilégient le recours à des « stratégies parallèles », telles qu'un ajustement de leur posture professionnelle ou le recours à des personnes ressources de confiance pour accéder au logement, en sollicitant des entreprises de nettoyage ayant fait preuve de compétences relationnelles<sup>6</sup> dans l'activité de débarrasage et de tri... La prise en compte d'une dimension subjective de l'habiter et son débordement sur la prise en charge du trouble occasionné par

le logement, amènent ainsi les professionnels du logement à revisiter leur cadre d'intervention et le déborder, à ajuster leurs pratiques, mais également à s'interroger sur la « véritable » nature du trouble. C'est ainsi qu'ils sollicitent des professionnels du soin et des formes d'expertise, permettant de prendre en charge la personne et d'objectiver son trouble.

Si la question de l'incurie fait encore l'objet de discussions dans le champ de la psychiatrie, notamment sur les critères qui permettraient d'établir un seuil pathologique (accumulation d'objets, repli sur soi...), intervenir dans une perspective médicale sur ces situations et prendre en charge ses habitants s'opère à partir de prérogatives qui sont tributaires d'une objectivation médicale de la personne et de son trouble. Ainsi, lorsque la personne est connue de la psychiatrie, les services de soins (centres médico-psychologiques [CMP], équipes mobiles...) peuvent intervenir en relais. Réinterpellés à partir du trouble dans le logement considéré comme le signe d'une pathologie sous-jacente, les intervenants en psychiatrie peuvent se déplacer en dehors de l'institution ou accueillir en son sein un individu « malade » sans forcément être tenu de recevoir son consentement. Mais cet « aller vers » à partir de prérogatives s'épuise lorsque le sentiment d'intrusion, la réticence ou l'opposition de l'habitant résistent à ces formes d'objectivation.

## « Aller vers » et « rencontrer » une personne et sa souffrance

Dans les années 1990, la clinique psychosociale apporte des éléments théoriques et pratiques pour comprendre le comportement de personnes mettant en échec les formes d'aide et d'accompagnement proposées par les intervenants. L'identification d'un syndrome d'auto-exclusion décrit comme « mécanisme psychique de désobjectivation, intimement corrélé à l'exclusion sociale qui la précède<sup>7</sup> », permet ainsi d'interpréter l'abolition de la demande ou la récusation de l'aide comme la manifestation de ce symptôme. Dans cette perspective, la non-demande de la personne s'autonomise : elle est non seulement le signe d'un mécanisme de « désobjectivation », plaçant l'individu dans l'incapacité à formuler une aide, alors qu'il « aurait besoin de tout », mais devient aussi l'enjeu de la pratique professionnelle. Dès lors, l'objet de l'accompagnement et du soin devient la mise en relation : celle-ci n'est plus subordonnée à une demande préalable ou à une objectivation de la personne. La demande se construit et s'éprouve dans la mise en relation, elle est constitutive de l'apparition et d'une instauration du sujet. Autrement dit : l'émergence de la demande soignée et autorisée. On observe ainsi aujourd'hui, autour de la prise en charge de l'incurie, une spécialisation de dispositifs fondés sur ces compétences relationnelles et qui ne sont pas assignables à un champ d'expertise. Cependant, l'approche psychosociale de la problématique de

l'incurie n'est pas sans occasionner de tensions lorsqu'elle s'opère dans le cadre d'une démarche partenariale : temporalité longue de la mise en relation *versus* urgence de la situation, culture de la confidentialité au fondement d'une relation de confiance *versus* socialisation de la problématique...

Cet « aller vers » éprouve alors ses limites et semble souvent rattrapé par le cadre dans et par lequel le trouble se manifeste. Si l'« aller vers » poursuit un but de réinstauration ou de réhabilitation du sujet/de l'habitant, comment « aller vers » et rencontrer la personne quand l'objet même de l'intervention trouve son origine dans une remise en cause de la légitimité de l'habitant ? N'y a-t-il pas un risque de confondre l'émergence de la demande avec l'objectif de résolution de la problématique sociale (trouble du voisinage, perte d'autonomie dans le logement, risque sanitaire) qui cadre cette rencontre ? S'agit-il d'instaurer l'habitant en tant qu'être collectif ou d'« aller vers » un être singulier ?

### « Habiter » en personne

Si on assiste aujourd'hui à une remise en cause des approches environnementales ou sociales de la problématique de l'incurie et des interventions qui peuvent être coercitives, c'est que l'on redoute le risque d'un sentiment d'intrusion et de ses effets sur la santé mentale de la personne. Dans une perspective plus positive que nous donnons à notre travail de recherche<sup>8</sup>, ce sentiment d'intrusion n'est pas appréhendé seulement à travers l'épreuve pratique et morale qu'il constitue pour les intervenants, mais aussi comme la manifestation d'un habiter et de son habitant ordinaire. Cette ligne d'enquête s'intéresse donc à ces situations d'incurie dans l'habitat, non pas comme des défauts ou des manques dans l'ordre de l'habiter, mais comme des formes originales pouvant s'indexer à une personnalité, un habitant à part entière. Nous documentons alors des contextes, des environnements dans lesquels ces situations ne sont pas dénuées de valeurs. Nous observons des formes de tolérance, voire de légitimation de ce mode d'habiter qu'est l'incurie. Ainsi en est-il du cas de Brigitte, dont Françoise, sa voisine, qui a connaissance de l'état de son logement et de son statut de majeur protégé, supporte ses écarts à l'ordre de la civilité engagée par la cohabitation, sans remettre en cause sa qualité de voisine. Au nom d'une existence spéciale, Brigitte bénéficie ainsi de sa part d'une forme de bienveil-

lance. Ainsi en est-il également de la famille Bouvier, dont les voisins se sont indignés d'une intervention ayant abouti à un débarrasage en profondeur du logement suivi d'un placement en Ehpad, opposant alors le caractère intrusif de ces professionnels à une gestion familiale de la cohabitation, dans un cadre où les désagréments occasionnés par les odeurs nauséabondes du logement et l'encombrement des parties communes étaient supportés et tolérés.

Enfin, on assiste également à des formes de légitimation de ce mode d'habiter, comme cela semble être le cas pour Jean, un être « extravagant », l'« artiste » du village, dont le logement, qui s'apparente pour certains à un atelier d'artiste, attise la curiosité d'une radio locale, et d'un projet de recyclerie. Nous observons donc une autre appréhension de ces habitants par leur environnement : leur existence et leur mode d'habiter semblent être réévalués dans un registre de l'altérité, de la marginalité, de l'esthétique... et s'indexer à une personnalité à part entière : une voisine vulnérable, un voisin historique, un artiste, permettant ainsi de maintenir l'horizon de la cohabitation et d'établir des rapports d'équivalence entre les différents habitants. Dans ces contextes, l'habitant et son sentiment d'intrusion se légitiment et trouvent des échos.

Ces marques d'opposition de l'habitant lorsqu'il s'agit d'intervenir sur le logement, et le fait que celui-ci puisse déroger à certaines normes sociales de l'habiter, ne pourrait-il pas s'interpréter dans un registre de la « résistance », où précisément, se logent la subjectivité de ces habitants et la singularité de leur mode d'habiter ? Opérer cette réflexivité sur l'habiter dans une perspective sociale et politique nous amène alors à interroger la normativité (et sa fragilité) à l'œuvre dans une perspective biomédicale, voire psychosociale et le rôle qu'elle joue dans la définition du problème. Mais c'est surtout l'articulation entre la perspective sociale et psychique qui nous semble intéressante aujourd'hui à examiner, notamment à l'endroit où les théories et formes d'expertise interviennent moins dans la détermination du trouble que sur ses conséquences. Dans cette interface entre l'individu et l'environnement, entre la théorie et l'expérience du domicile, entre la politicité du trouble et sa manifestation, l'« aller vers » se présente donc plus comme un « faire avec l'autre », comme personne à part entière, nous invitant à ouvrir l'enquête à ses réseaux d'attachement.



<sup>7</sup> Furtos, J. (2002). Le syndrome d'auto-exclusion. *Rhizome*, 9.

<sup>8</sup> Cette recherche fait l'objet d'une thèse en sociologie intitulée *Troubles dans l'habiter*, menée sous la direction de Michel Peroni, depuis décembre 2014.

Adrien Pichon

Psychologue  
Orspere-Samdarra  
Lyon

# Écologie de l'intervention à domicile

Dans cet article traitant de l'intervention psychosociale à domicile auprès de personnes présentant un trouble d'accumulation compulsive ou en situation d'incurie, nous souhaitons avancer une hypothèse : le sujet et son logement forment un ensemble indissociable, les deux termes d'un couple dynamiquement lié, à la fois producteur et produit d'un processus historique qui peut être traversé par l'inscription inconsciente des aléas des relations précoces que le sujet noue avec son environnement humain<sup>1</sup>. Pour le dire autrement, l'individu produit son domicile comme le domicile produit son habitant<sup>2</sup>. Cette hypothèse spéculative se traduit par des implications méthodologiques pour le clinicien engagé dans cette clinique du lieu qui est par conséquent une clinique du lien. Le cadre épistémologique qui soutient cette hypothèse s'inscrit dans le socle de la théorie psychanalytique, qu'elle prolonge vers une approche écologique des rapports individu/environnement<sup>3</sup>. Entendu dans la perspective de notre recherche, ancrée dans le terrain décrit ci-dessus, l'environnement se compose de plusieurs dimensions ou registres :

- environnement physique : l'ensemble des caractéristiques matérielles du lieu et des objets qui l'occupent ;
- environnement humain : l'ensemble des sujets liés au lieu par des rapports de contiguïté ou de concernement (voisins, famille, proches, professionnels impliqués comme le bailleur, des agents municipaux...) ;
- environnement vivant non humain : l'ensemble des entités animales et/ou végétales qui cohabitent avec l'habitant au sein de ce système et qui sont à considérer comme autant d'agents impliqués dans l'écologie du système.

*« La clinique du lieu se distingue donc de l'approche clinique classique par le fait qu'elle ne porte pas sur les contenus psychiques du sujet en tant que tel. »*

La clinique du lieu se distingue donc de l'approche clinique classique par le fait qu'elle ne porte pas sur les contenus psychiques du sujet en tant que tel, ni sur une clinique des contenants entendus comme une traduction conceptuelle des enveloppes nécessaires au déploiement et à « l'hébergement » de ces contenus. Bien plutôt, elle traduit l'engagement incarné du clinicien dans ce système dynamique et sa mise en relation avec l'ensemble de ces dimensions ou registres, considérés comme autant d'acteurs traversés par les effets du trouble supposé propre au sujet accumulateur ou en incurie. Dans cette clinique des conséquences, si la question des causes n'est jamais oubliée bien qu'elle ne soit pas immédiatement accessible, sans constituer pour autant la cible première de l'intervention, l'attention se porte davantage sur une écologie du trouble sur la prise en compte de ses manifestations dans l'ensemble du champ défini.

## Cosmos intime, une épistémologie de la relation individu/environnement

Si l'environnement humain a trouvé sa place dans la théorie psychanalytique, surtout depuis les travaux de Donald W. Winnicott<sup>4</sup>, l'environnement non humain est demeuré en retrait dans la théorie malgré les travaux d'Harold Searles<sup>5</sup>, qui sont souvent regardés de manière assez distante par les analystes européens. Il semble que la puissance de ses hypothèses a suscité une forme de réserve improprie à leur développement théorique où leur utilisation clinique. De plus, on s'est souvent contenté de limiter leur mobilisation dans le champ des troubles psychotiques, comme si leur pertinence s'arrêtait au seuil de la seule perspective psychopathologique. Le sujet « normo-rationnel » ne serait pas concerné de manière prépondérante par le rôle de l'environnement non humain dans son fonctionnement psychique. En bon héritier du naturalisme cartésien et des dichotomies structuralistes entre le sujet et l'objet, le dedans et le dehors, la nature et la culture, il pourrait demeurer étranger aux effets que la matière a sur lui, à son rôle ou à son agentivité propre, et surplomber le problème, immaculé, de son point de vue de Sirius<sup>6</sup>. Nous soutenons au contraire le caractère décisif de l'espace et de la matière dans le fonctionnement humain en général, et c'est le principe qui guide notre intervention à/sur le domicile auprès de ces sujets dont la tendance à la conservation d'objets divers, à la cohabitation avec un nombre important d'animaux ou la perte des actes usuels d'entretien du logement ont produit des conditions de vie qui se révèlent parfois dangereuses, pour eux, ou leurs voisins.

*« Même les objets hors d'usage sont pour elle porteurs de promesses de transformation, de potentialités de renaissance, de recyclage ou de création. »*

Il en est ainsi de Morgane, femme d'une cinquantaine d'années que nous rencontrons après avoir été alertés par la mairie de sa commune vers laquelle convergent depuis plusieurs mois les plaintes de ses voisins, excédés par les odeurs animales qui émanent de son appartement. Morgane vit seule après un divorce assez conflictuel et le départ de sa fille (qui est à présent majeure et possède son propre logement). Mais cette solitude s'interroge en effet en constat du foisonnement baroque de vie qui vibre dans son appartement ; elle partage un espace relativement important (en termes de surface) avec une vingtaine de chats, deux chiens, une dizaine d'oiseaux, plusieurs cochons d'Inde et un serpent. Si la surface du logement était initialement grande, elle est aujourd'hui considérablement réduite par un encombrement très important, qui limite beaucoup l'usage des pièces ou des passages. Une

<sup>1</sup> Nous assumons le fait de porter l'importance sur l'environnement humain dans le développement précoce et sur son caractère plus déterminant que celui de l'environnement non humain dans cette phase du développement.

<sup>2</sup> Nous nous inspirons ici du concept d'« enaction » introduit par Varela dans : Varela, F. J., Thomson, E. et Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit : Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Éditions du Seuil.

<sup>3</sup> Voir : Bateson, G. (2008). *Vers une écologie de l'esprit*. T. 2. Paris : Éditions du Seuil ; et : Uexküll, J. V. (1984). *Mondes animaux et monde humain, suivi de Théorie de la signification*. Paris : Denoël.

<sup>4</sup> Winnicott, D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

<sup>5</sup> Searles, H. F. (1960). *L'environnement non humain*. Paris : Gallimard.

<sup>6</sup> Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris : NRF Gallimard.

grande terrasse, enfin, accueille un nombre incalculable de plantes et d'arbustes, certains poussant même parfois hors de tout contenant, à même le sol recouvert d'une épaisse couche composée d'un mélange de terre et d'un humus provenant de la décomposition de végétaux plus anciens. Morgane nous explique d'emblée qu'elle a toujours rêvé de vivre au milieu de la forêt, parmi les animaux, et qu'elle entretient sa « jungle » en jetant régulièrement des poignées de graines qu'elle glane durant ses promenades. Elle insiste également sur le fait qu'elle ne peut pas se séparer des objets de son logement, car ceux-ci sont tous les témoins d'une histoire singulière, ou habités par des souvenirs qui les rattachent à certaines personnes ou certains événements. Même les objets hors d'usage sont pour elle porteurs de promesses de transformation, de potentialités de renaissance, de recyclage ou de création. Son domicile, loin des représentations apportées par les services municipaux (taudis, capharnaüm, poubelle...), bruisse pour elle de l'intense vibration d'un sens intime, comme une toile de signification tissée au fil des ans dans l'enchevêtrement de Morgane et de son habitat<sup>7</sup>.

Le chaos se révèle cosmos intime dans l'épiphanie narrative qu'elle déploiera au fil de nos visites. Si j'avais uniquement reçu Morgane en entretien psychologique « classique », aurais-je pu prendre la mesure de l'épaisseur du lien qui s'était noué entre elle et son logement, ces présences singulières qui le peuplent ? J'aurais sans doute entendu, comme je pouvais bien le percevoir dans le cadre de nos visites, la dimension psychodynamique de ce recours « symptomatique » à l'amas, à la conservation, comme une défense contre des vécus de perte objectale ; j'aurais aussi sans doute analysé son fonctionnement animiste, anthropomorphe comme une régression à la pensée magique infantile, dans un besoin de maîtrise sur une expérience frustrante, décevante. Pas sûr en revanche que la mise au travail de ces hypothèses aurait permis de résoudre rapidement la problématique sociale urgente dans laquelle elle se trouvait. En revanche, envisager d'intervenir à et sur le domicile dans cette situation supposait d'accepter de faire partie de cet enchevêtrement, au moins temporairement pendant le temps qu'allait durer notre accompagnement. Notre activité allait, quelles que soient les précautions prises, inévitablement perturber cet « écosystème » et y laisser une trace tangible. De même, l'environnement allait laisser son empreinte sur nous, contraindre notre présence à tenir compte de lui. Les animaux notamment, au-delà de l'odeur ammoniacquée qui imprégnait nos vêtements, pouvaient nous solliciter directement : il fallait composer avec les élans affectifs de l'un des chiens à notre égard, et si les chiens constituaient plutôt un levier facilitateur pour la consolidation du lien avec Morgane, ils étaient parfois difficiles à canaliser dans un espace aussi confiné. Certains chats aussi pouvaient se montrer démonstratifs, s'installant parfois sur moi durant les entretiens que je tentais de conduire avec Morgane. C'est aussi la topographie de l'espace qui semblait s'inscrire dans nos corps, et les douleurs lombaires qui témoignaient des heures passées debout à accompagner un travail de tri, à discuter dans une pièce où il était impossible de s'asseoir, agissaient comme la trace de l'incorporation de cet espace singulier.

« *“Aller vers” est alors ici un “aller dans” au sens littéral, et témoigne de ce mouvement d'incorporation mutuel entre les intervenants et le logement.* »

Notre activité dans l'espace et sur la matière (essentiellement l'accompagnement au tri des objets) produisait aussi des effets psychiques chez Morgane, sortes de manifestations affectives suscitées par certaines reviviscences, en acte, dans le travail de tri : mouvements dépressifs quand un objet autrefois chéri et extrêmement valorisé était retrouvé souillé par la crasse et les déjections animales (je pense ici surtout aux vêtements que portait sa fille bébé et dont elle avait depuis longtemps perdu la trace dans le désordre de ses placards), mouvements de joie lorsqu'elle retrouvait des objets utiles qu'elle cherchait depuis longtemps, affects profonds quand elle tombait sur une lettre oubliée dont le contenu narratif avait survécu aux outrages subis par la feuille qui le supportait. Ainsi d'une lettre d'amour, maculée d'urine, qu'elle décida de brûler plutôt que de la conserver dans cet état pathétique ou de la jeter : « *On ne jette pas des lettres, c'est sacré.* » Elle accomplit donc sur la terrasse ce qui pourrait constituer un rituel de deuil et de transformation : rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme. Enfin, si elle avait parfois du mal à exprimer de la satisfaction de manière manifeste à la suite de ce que nous pouvions considérer comme des améliorations de ses conditions de vie, elle constatait en revanche, sur un mode amusé, l'effet que le gain de place produisait sur ses animaux. Elle prenait plaisir à les voir à nouveau jouer sur la terrasse, ou simplement s'allonger sur le sol nouvellement découvert pour prendre le soleil.

« Aller vers » est alors ici un « aller dans », au sens littéral, et témoigne de ce mouvement d'incorporation mutuel entre les intervenants et le logement. Où situer alors le registre de l'intervention ? Comment la qualifier ? S'agit-il encore d'un accompagnement clinique, psychosocial, d'une intervention technique ? Probablement tout ceci à la fois, mais l'on aurait sans doute tort d'assimiler cette perte des repères, classique de l'acte clinique ou thérapeutique, uniquement à l'effet d'un chaos interne. « Aller vers » suppose fondamentalement un effet de déterritorialisation, au sens où c'est la pratique et l'incorporation<sup>8</sup> d'un territoire, physique ou théorique, qui structure la perception et la mise en sens des phénomènes qui s'y déroulent. Il convient dès lors de supporter cet effet de déterritorialisation et de mettre en pratique un certain nomadisme théorique, qui ne serait pas de l'improvisation, mais la manière de composer, « en marchant », avec les ressources et les accidents de ce nouveau territoire<sup>9</sup>. Bien sûr, l'exigence de théorisation produit un effet de reterritorialisation consécutif, c'est même son ambition première. On pourrait le regretter et y voir la manifestation d'un nouvel impérialisme. Mais l'approche écologique que nous défendons ici porte la prétention éthique du compagnonnage plus que de la conquête. Il s'agit, en effet, moins de soumettre que de comprendre, profondément, intimement, des modes d'être au monde différents.

<sup>7</sup> Voir : Bennett, J. (2010). *Vibrant matter : a political ecology of things*. Durham : Duke University Press ; et : Hodder, I. (2012). *Entangled : an archaeology of the relationships between humans and things*. Malden, MA : Wiley-Blackwell.

<sup>8</sup> « Embodiment » est employé ici au sens où l'utilise Varela (voir supra).

<sup>9</sup> « Faire le plus possible avec, et le moins possible contre », Clément, G. (2008). *Le jardin en mouvement : De la Vallée au Champ via le parc André-Citroën et le jardin planétaire*. Paris : Sens & Tonka.

**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 :  
Nicolas CHAMBON

Assistante de rédaction :  
Natacha CARBONEL

Comité de lecture  
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra (Lyon)  
- Adrien PICHON, psychologue, Orspere-Samdarra (Lyon)

Comité de rédaction :  
- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires » (Paris)  
- Arnaud BÉAL, psychologue social, GREPS (Univ. Lyon 2)  
- François CHOBEAUX, travailleur social, sociologue, CEMEA (Paris)  
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, DIHAL (Paris)  
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon 2)  
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)  
- Christian LAVAL, sociologue (Lyon)  
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)  
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)  
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)  
- Jean-François KRYZANIAK, membre du Conseil National de Santé Mentale (Angers)  
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)  
- Alain MERCUEL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)  
- Éric MESSENS, directeur de la LB FSM (Bruxelles)  
- Marie-Noëlle PETIT, Chef de pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)  
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)  
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)  
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)  
- Nadia TOUHAMI, aumônier des hôpitaux (Marseille)  
- 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  
Tel : 04 37 91 53 90  
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Abonnement :  
Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra.

Relecture : Mariane BORIE

Création & réalisation : Florian BON

Impression : Papier vert

Dépôt légal : 2302  
ISSN : 1622 2032  
N° CPPAP : 0910B05589  
Tirage : 7 500 exemplaires

## Artiste du numéro : JR, artiste

JR possède la plus grande galerie d'art au monde. Grâce à la technique du collage photographique il expose librement sur les murs du monde entier, attirant ainsi l'attention de ceux qui ne fréquentent pas les musées habituellement. Son travail mélange l'art et l'action, parle d'engagement, de liberté, d'identité et de limite. Il se qualifie d'artiste, concentré d'artiste et d'activiste. Conservant son anonymat, JR construit un espace de liberté où chacun peut réviser ses habitudes de pensées et se libérer des stéréotypes et des préjugés. JR crée un « art infiltrant » qui s'affiche sur les immeubles des banlieues parisiennes, sur les murs du Moyen-Orient, sur les ponts brisés du continent africain ou dans les *favelas*, au Brésil. Lors des actions de collage, les communautés participent au processus artistique. JR est représenté par la Galerie Perotin à Paris et a réalisé plusieurs expositions à New York, Hong-Kong, Miami, et Paris.

➤ Informations et contact : <http://www.jr-art.net/fr/jr> / Agence Vu'

© JR-ART.NET



## Information DIU « Santé, société et migration »

Le diplôme inter universitaire « Santé, société et migration », porté par l'université de médecine de Lyon et de Saint-Étienne et organisé par l'Orspere-Samdarra (centre hospitalier Le Vinatier), fera sa septième rentrée à l'automne 2018. Les cours se déroulent à Lyon et Saint-Étienne deux jours par mois. Vous pouvez nous transmettre votre candidature en nous envoyant un CV et une lettre de motivation.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à visiter la page du DIU sur le site internet de l'Orspere-Samdarra et à contacter Nathalie Breure ([nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr](mailto:nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr)).

## 📅 Outils

- L'Orspere-Samdarra a édité un nouveau film d'animation au sujet de *L'incurie dans l'habitat*. Il est diffusé sur le site internet, la chaîne Youtube de l'Orspere-Samdarra et sur Facebook.

## 📅 Agenda

- Journée d'étude « *Récits, situations et interprétations* », dans le cadre du projet Remilas (réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé), financé par l'Agence Nationale de la Recherche, porté par le laboratoire ICAR (ENS Lyon) et en partenariat avec l'Orspere-Samdarra (centre hospitalier Le Vinatier).

➤ Date et lieu : le vendredi 5 octobre 2018, à Lyon.

➤ Inscriptions et renseignements sur la page dédiée au projet ANR Remilas sur le site de l'Orspere-Samdarra.

- Journée d'étude « *Des savoirs expérimentiels au cœur de l'accompagnement et du soutien par les pairs. Une approche transversale aux champs de la santé* », organisé par la Maison des Sciences de l'Homme en Bretagne.

➤ Date et lieu : le mercredi 7 novembre 2018, à Rennes.

➤ Renseignements sur la page de la Maison des Sciences de l'Homme en Bretagne.

## 👤 Parution

- **Migration et communication médicale. Les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques.** Orest Weber. (2017, septembre). Éditions Lambert-Lucas.

Un nombre croissant de patients traités par les systèmes de soins occidentaux sont des migrants de première génération avec des niveaux de connaissance variables de la langue locale. Leur prise en charge comporte des défis communicationnels importants, en particulier dans un domaine aussi sensible au plan relationnel que celui des douleurs chroniques. Quelles formes les difficultés de langage prennent-elles dans les consultations ? Quelles incompréhensions et quels malentendus surviennent-ils, avec quelles conséquences cliniques ? Quels facteurs linguistiques et quels autres aspects des interactions médicales sont-ils impliqués ? Dans quelles situations des interprètes sont-ils requis ? Quels styles de consultation peuvent-ils favoriser une communauté de sens entre le patient et le soignant lorsque le partage linguistique est limité ? Autant de questions encore peu traitées sur la base de recherches de terrain et auxquelles le présent ouvrage donne des éléments de réponse.

- **Thématique du prochain bulletin Rhizome n°69-70 : « Soigner le traumatisme ? »**



Centre hospitalier  
Le Vinatier



ORSPERE  
SAMDARRA  
Observatoire Santé mentale  
Vulnérabilités et Sociétés