

Bulletin national santé mentale et précarité

Violences à la personne

édito

Gladys MONDIERE
Jean FURTOS

Pour ne pas rester sur nos habitudes, pour réfléchir sur nos pratiques, il nous a paru important de nous ressourcer à partir de la subjectivité, en écoutant ce qui fait violence à la personne.

Les témoignages ici recueillis indiquent comment s'en tire le sujet : celui ou celle qui a besoin d'aide, mais aussi le professionnel.

Apparaît alors la procédure d'aide dans sa crudité, dans ses effets de violence dont tous ne sont pas nécessaires ; le texte de Jean-Pierre Martin évoque les « violences pour le bien des personnes », cela doit interroger. Se ressourcer, c'est écouter, c'est évaluer, et une évaluation doit tenir compte aussi de l'écho en soi du témoignage.

Parmi ces témoignages, un seul est signé du nom de la personne aidée, co-signée par sa thérapeute ; les autres sont anonymes ou rapportés par les praticiens, cliniciens, chercheurs, certains s'impliquant fortement dans le récit.

Pourquoi est-il si difficile d'afficher publiquement son nom lorsque l'on passe dans les circuits de l'aide ? Est-ce seulement une forme de protection, une pudeur du thérapeute ? On peut penser, entre autres, que cette difficulté légitime la parole et la place reconnue aux associations d'usagers.

En tout cas ces témoignages nous en disent plus que nous en attendions, ils touchent nos affects et notre pensée, ils altèrent notre état de bonne conscience autojustifiant nos pratiques, et relancent notre créativité de praticien.

MEILLEURS VŒUX A TOUS NOS LECTEURS !

Que nous acceptions d'être dérangés dans nos subjectivités et dans nos institutions pour le bien commun ! N'ayons pas peur d'une inquiétude éthique active et vigilante !

DOSSIER

Santé mentale et évaluation : une place nécessaire pour le ressenti

Michel JOUBERT

p. 2

Témoignages de patients

à propos de l'hôpital Guy ARDIET

p. 3

Il n'y a pas de sucre sur ma vie

Laurence FREVILLE

p. 4

Ne pas déranger Alain MERCUEL

p. 5

On est des sujets parce qu'on se suggère...

Christine DURIF BRUCKERT

p. 6

Ce sont les dispositifs qui décident

de ce dont on a besoin

p. 7-9

Djamila HADDOU, Gladys MONDIERE

Veille de carnaval... interpellée par

Monsieur C., homme de la rue

Karine BELLIOU-BOINOT

p. 8-9

Humeurs après un entretien avec Monsieur K, demandeur d'asile

Valérie COLIN

p. 10

Quel est mon métier ?

Jean-Michel BOQUET

p. 11-12

Les violences humiliantes

Vincent de GAULEJAC

p. 13

Violences "pour le bien des patients"

Jean-Pierre MARTIN

p. 14-15

Hospitalisation sans consentement et grand froid

Jean FURTOS

p. 15

ACTUALITES

p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web :

www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Inclus le pré-programme du Congrès International organisé par l'ORSPE-ONSMP

Santé mentale et évaluation : une place nécessaire pour le ressenti

Dans une conjoncture où la psychiatrie reconnaît qu'il est nécessaire de redéfinir son champ¹, en même temps que des acteurs très divers disent agir sur le volet non médical de la « santé mentale », de nombreuses pratiques, qu'elles soient cliniques, psychosociales ou relevant de l'action éducative et sociale se sont développées avec une relative économie de référents. Les savoirs issus des pratiques restent souvent à l'état empirique, fondus dans les processus de mise en œuvre [...].

Certaines personnes affectées de troubles psychiques graves se retrouvent en prison, dans la rue ou s'auto-médiquent avec les psychotropes illicites ; d'autres vivent dans les dispositifs de soins des parcours désastreux vécus sur le mode de la violence ; des personnes déstabilisées par des événements et/ou des conditions de vie défavorables sont médicalisées via des prescriptions abusives de médicaments ; d'autres encore, repliées ou déboussolées, « prennent sur elles » sans trouver dans leur environnement les soutiens dont elles auraient besoin.

Pour répondre à ces situations « tangentes » ou « hors cadre » de nombreux acteurs tout horizon se sont engagés : cliniciens, travailleurs sociaux, associations, intervenants locaux, avec des compétences souvent composées associant plusieurs références d'expériences ou de connaissances. Le travail en réseau, les dispositifs de proximité, d'accueil et d'écoute, les interventions « mobiles », les actions dites « communautaires » ou « solidaires », mais aussi de multiples innovations cliniques ont conduit ces dix dernières années à réduire pratiquement l'écart entre notre architecture officielle et la situation des publics vivant ces difficultés. Mais il manque encore un minimum de synergie et de consensus sur ce qui pourrait à la fois fournir un cadre commun de repérage,

d'analyse et d'évaluation de ces actions, et assurer aux acteurs une meilleure vision de leur place respective, et donc des complémentarités possibles.

Pour sortir du statut quo, les rapports, manifestes ou déclarations d'intention ne suffisent pas. Nous avons vu qu'ils avaient contribué, au contraire, à figer les positions et à attiser les méfiances. Il ne peut être question de remettre en cause la spécificité de la psychiatrie, de son domaine de compétence. Bien au contraire. La multipli-

cadres communs de l'expérience³, la nature des avancées mais aussi des obstacles, freins ou impasses rencontrés dans la résolution des problèmes. Ces expériences et engagements d'acteurs dans le champ de la santé mentale sont très nombreux et il serait véritablement catastrophique de les laisser s'épuiser dans la singularité. Nous avons travaillé sur de multiples conjonctures de ce type : depuis l'expérience du travail de secteur, en passant par les politiques locales engageant des réseaux d'acteurs et/ou des



cation des travaux visant à analyser des expériences typiques d'intervention dans les différentes régions du champ devrait nous aider à mieux approcher la manière dont les actions contribuent à nous faire comprendre ce que vivent les sujets concernés ainsi que les méthodes qui permettent au mieux de les rencontrer et de les aider à améliorer leur situation. On peut parler d'ethno méthodes², car c'est par l'observation et l'analyse commune des pratiques des professionnels et des expériences subjectives des sujets, qu'il est possible de reconstituer les méthodes engagées d'une manière très empirique et de faire valoir les référents implicites qui garantissent leur cohérence. L'implication sur le terrain peut faciliter la création d'un espace de réflexion et d'analyse faisant ressortir les

dynamiques communautaires⁴ ou encore des procédures d'évaluation abordées sur un mode participatif⁵. Beaucoup d'évaluations et de travaux ont été engagés sur les nouvelles problématiques d'action en santé mentale, qu'il s'agisse de traitements, de soutien ou de prévention.

Les enseignements qui ressortent convergent sur un point : l'analyse des méthodes d'action des intervenants et de l'expérience des publics (ressenti, manière de faire face, de gérer) permet de mieux comprendre les conditions qui favorisent les rencontres, les changements, mais aussi celles qui conduisent – malgré les meilleures intentions – à produire de la violence, de l'incompréhension, de l'échec et de l'usure. ■

Michel JOUBERT

Professeur de Sociologie
Université Paris VIII
Chercheur au CESAMES
(CNRS-INSERM)

Bibliographie :

¹ Cf. parmi les derniers en date :
M.-C. Hardy-Baylé,
C. Bronnec, *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ?*,
Odile Jacob, 2003,
M. Brian, *Psychiatrie, la fin d'une époque ?* Le Débat, 127,
nov-déc 2003.

² Cf. M. De Dornel, A. Ogien,
L. Quéré (dir.),
L'ethnométhodologie. Une sociologie radicale, La Découverte,
Mauis, 2001.

³ Cf. E. Goffman, *Les cadres de l'expérience*, Minuit, 1991.

⁴ Cf. M. Joubert, C. Mannoni,
Ateliers santé ville. Synthèse des réflexions menées sur le département de la Seine-Saint-Denis,
Profession Banlieue, 2003.

⁵ RESSCOM-OFDT, *Évaluation des Points Écoute Jeunes et Parents*, 1999.

Témoignages de patients à propos de l'hôpital

Guy ARDIET
Psychiatre,
St Cyr au Mont D'Or

Voici le texte d'une patiente, tel qu'elle me l'a remis en janvier 2003. Je n'ai rien changé, elle a vécu les choses ainsi, et m'a parlé d'humiliation, d'oubli du respect. Elle souhaite garder l'anonymat en cas de re-hospitalisation éventuelle dans le même service de psychiatrie.

« Lorsque mon médecin pense que mon état de santé relèverait d'une hospitalisation, cela me cause un profond problème et une réelle angoisse. Car après plusieurs expériences, l'hôpital est pour moi la pire de solutions. Toute cette violence, toute cette promiscuité ! Et quel désœuvrement... Sans compter l'éloignement de l'hôpital.

Il y a le terrible moment de l'inventaire, tout de suite, comme entrée en matière ; je ne sais pas à quoi sert au juste cet inventaire. J'ai pensé parfois que c'était pour préserver ce que l'on avait pu apporter comme vêtements, pour éviter qu'ils ne soient perdus ou volés. Mais dans le fond j'en doute. Car alors, cela justifierait un contre inventaire au moment de votre départ de l'hôpital. Mais il n'y en a jamais.

Mais le pire est la fouille policière du sac à main que je ressens comme un viol. Que l'infirmière nous réclame nos diverses ordonnances médicales, c'est normal. Mais il serait bien préférable et plus tolérable pour moi de les lui remettre moi-même, alors qu'au contraire je la vois fouiller dans tous mes papiers. Ce n'est pas un geste humain et je ressens mon intimité violée. J'imagine qu'en prison on fait de même, et que la police a les mêmes gestes brusques et péremptoirs. Et puis, pourquoi vouloir me faire enlever ma montre et la donner à ranger je ne sais où. Une patiente m'a confiée qu'on l'avait obligée à laisser sa montre, et bien elle n'a jamais pu la récupérer, les infirmières ne la trouvant plus et ne

savaient pas ce qu'elle était devenue.

Tout y passe, et tout est passé au peigne fin. Mais qu'est-ce qu'elle cherche donc cette foutue infirmière ? Je me souviens. Lors de ma dernière hospitalisation, il y avait une petite cigale en forme de broche. Sans aucune valeur. Sinon celle du souvenir de trois amies qui s'étaient cotisées pour me l'offrir pour ma fête. Et bien, l'infirmière l'a emportée. Et un bon moment après, elle est venue me la rendre. Sans plus d'explication à un moment qu'à l'autre. Il y a aussi mes tubes de granules homéopathiques qu'on m'a volés, oui, je dis bien volés, car je n'ai jamais pu les récupérer, on ne les trouvait plus. Qu'on ne s'étonne pas s'il y a de la violence à l'hôpital, violence des patients en réponse à la violence de l'attitude des soignants lors de ce premier contact avec l'hôpital qui est l'inventaire. Ne parlons pas d'accueil. »

Autre témoignage...

Mr D, 58 ans, ancien ouvrier en usine, a été licencié économique à 54 ans. Atteint de troubles importants de la statique vertébrale, pour partie reconnus comme liés à un travail pénible, nous dit-il, il touche une pension d'invalidité. Depuis 2001, il est suivi pour dépression après la mort, particulièrement tragique, de l'un de ses deux fils. En juin 2003, on dépiste un cancer de la racine du nez.

Lors de la première consultation, il aura à verser de sa poche 60 euros, non remboursés. Renseignements pris, il n'a pas fait de feuille de ma-ladie, il n'a pas pensé à la demander au dermatologue, « tellement il a eu peur avec cette maladie ».

Ensuite, il a dû faire au chirurgien, à la clinique, un chèque de 530 euros, de dépassement d'ho-

noraires. « *Et cela n'est pas remboursé par ma mutuelle* ».

Il n'a que 610 euros de pension d'invalidé du travail, sur laquelle il donne 180 euros de pension à son ex-femme ; il n'a pas pu payer son loyer, et a dû aller à la campagne chez sa mère, âgée de 84 ans, pour pouvoir manger. « *Elle m'a fait de la viande, ce que je n'avais pas mangé depuis longtemps* ».

Il devait retourner voir le chirurgien, pour une visite de contrôle, mais il n'ira pas : « *il va encore me*



rançonner, ou je vais lui casser la figure ; c'est un menteur, il m'avait dit que tout serait remboursé ». De même, il ne fera pas la numération formule sanguine de contrôle : « *j'en ai eu assez, des prises de sang* ».

Mr D est prêt à témoigner de tout cela, même s'il sait qu'il n'aura pas plus d'argent. « *Vous pouvez même écrire mon nom, je m'en fous* ».

Mais il trouve tellement injuste, « *ces 530 euros, qui sont mon argent de un mois, une fois payé mon loyer et la pension de ma femme, c'est ma nourriture pendant 3 mois ; je ne sais pas comment je vais faire* ».

En tant que professionnel du soin, je me pose une question : le secteur médical privé a-t-il le droit « éthique » de ces dépassements d'honoraires, pour cet homme qu'on ne peut croiser sans percevoir la précarité ? ■

Il n'y a pas de sucre sur ma vie

**C'est moi Madame Dé.
C'est une dame qui est
heureuse, qui avait une
bonne vie quelques temps.**

**Propos recueillis par
Laurence FREVILLE,**
Infirmière au
Centre Petite Enfance,
de Vénissieux
(Secteur 69 1 07)

Le temps est venu, il y a des souffrances qui sont venues chez moi ; je vivais ces souffrances. Je vis des choses que je n'ai pas attendues dans ma vie. C'est trop difficile de parler des premières choses. Mais les deuxièmes choses me permettent de parler, et de donner des leçons pour les gens qui n'ont pas eu de souffrance dans leur vie. Si je dis qu'il y a quelqu'un qui souffre comme moi, ils vont dire que non, parce qu'en France, il n'y a pas de souffrance. Mais pourtant, j'ai laissé beaucoup de pays et j'ai choisi la France pour voir si mes premières souffrances allaient partir. J'avais de l'espoir.

Je pensais que ma vie allait changer. Je crois que je n'ai pas de chance dans ma vie, je suis tombée sur un homme qui donne de la souffrance à une femme. Cet homme-là, je l'ai rencontré parce que je n'étais pas bien. Je l'ai vu, je lui ai fait confiance. Il m'a convaincu de vivre avec lui par ses mots, cela m'a obligé de rester avec lui parce que je n'ai pas de choix ici. Je suis restée quelque temps avec lui, je suis heureuse avec lui. Cela a duré un mois. Ma situation ne me permet pas de changer d'endroit. Tellement je lui ai fait confiance, je l'aimais, j'ai fait un bébé avec lui, je n'ai même pas fait attention. Après, quel dommage encore ! J'ai regretté, avec le bonheur quand même parce que j'aime mon bébé. Je suis contente. J'aime mon bébé, j'ai fait mon bébé avec confiance. Mais quand il est arrivé, je n'avais pas de moyen pour le rendre heureux, pour m'en occuper bien. Quand tu fais un enfant, il faut être bien avec le papa du bébé, il doit s'en occuper aussi, je crois que c'est comme ça. Toutes les choses que j'ai imaginées avec cet homme-là sont restées dans l'image. Il m'a jetée après avec le bébé et il est parti, c'est ça la chose qu'il m'a faite.

Je ne suis rien du tout parce que je ne travaille pas. Je ne connais



personne. Je n'ai pas d'argent. Toujours je pensais comment je vais faire avec mon bébé. Dieu est grand. Dieu m'a amené deux femmes que je n'ai jamais attendues, qui sont bien dans leur cœur. Ce sont elles qui m'ont sauvé la vie. On m'a trouvé très malade, je ne suis rien dans ma vie. Les choses que je pense ce jour-là, ce ne sont pas les choses que l'on pense quand on veut vivre. On m'a amenée à l'hôpital tout de suite. C'est grâce à elles que j'ai trouvé le médicament qui me permet de penser encore la vie.

Et puis avec tous mes espoirs encore, j'attends mes papiers, 2 ans et quelques. Je crois toujours que je vais recevoir des papiers qui me donnent le droit de travailler pour rendre mon bébé heureux, pour faire tout ce qu'il veut avec tout ce que je peux. Mais encore on m'a dit d'attendre, et ça n'a pas marché. Et je ne comprends pas. Je n'arrive pas à comprendre, je ne sais pas. Peut-être c'est moi qui n'ai pas de chance.

Ma vie c'est attendre, c'est ça que je vois. Pourtant, je suis venue en France pour changer ma vie. Et voilà. Et maintenant, s'il n'y a rien du tout, comment je vais faire ? Moi, je peux attendre, mais le bébé ne peut pas. En France, chacun a sa maison fermée, personne ne sait ce que je vis, personne ne le voit. Heureusement, quand même, je remercie Dieu car il y a deux femmes qui me rendent visite

chaque vendredi. Elles sont venues au début de ma souffrance et elles n'ont pas changé.

Même si je dors, je me réveille et je pense : est-ce qu'il y aura un changement un jour ? Je vis avec la souffrance depuis longtemps. Je crois que tu peux vivre avec la souffrance un peu, mais si ça dure, c'est impossible. Je pense que je n'ai pas le courage.

Avec toute ma souffrance encore, il y a encore quelque chose qui se rajoute. Je vis dans une maison noire avec mon enfant : ni le gaz, ni le courant. Il y a des choses qui m'ont fait souffrir, qui m'ont dégoûtée de la vie, qui m'ont empêchée de vivre bien. Je vais essayer d'oublier mais ça revient toujours. Quand ça revient, même s'il y a quelqu'un devant moi, je ne le vois pas bien. Dieu voit tout, il voit ma souffrance, je le remercie. Je veux parler des choses que je pense dans mon cœur. Si le cœur s'ouvre, je vais montrer aux gens comment je souffre. Ils vont voir que j'ai tellement de soucis, que je suis mort-vivante. Je suis quelqu'un qui vit avec la souffrance : je me réveille avec, je dors avec, je marche avec, je mange avec. C'est dur. Je vais demander : est-ce moi qui suis coupable ou est-ce les gens qui m'ont donné la souffrance ?

Maintenant, il y a un autre problème encore, ils vont venir pour saisir la maison mais qu'est-ce qu'ils vont trouver là ? Lorsque nous serons dehors avec mon bébé, est-ce qu'il fera froid ou est-ce qu'il y aura du soleil ?

Le cœur n'a plus de larmes. Je suis en train de voir ce que je vais faire mais dans le cœur, il n'y a plus rien. Il faut que je prenne une autre décision. Il n'y a rien du tout, je ne vois pas le changement. On dirait que je ne sais pas ce que je vais faire et quel choix ?

Ma vie est trop compliquée. Il n'y a pas de sucre sur ma vie. Donc si je prends mon déjeuner, je prends beaucoup de sucre que je mets sur ma bouche. Comme ça je sais qu'il y a du sucre dans ma vie, parce que je vois seulement le sucre comme ça donc j'en profite. ■

Ne pas déranger

Les personnes exclues, Sans Domicile Fixe, Sans Résidence Stable, Sans Toit,... en un mot, vivant dans la rue, traversent des situations de violence qui se déclinent sous plusieurs formes : individuelles, entre groupes, réactionnelles, de comportement de survie, liées au racket, générées par les divers toxiques... Mais il en existe une, parmi elles, peu décrite et pourtant souvent présente : la violence ressentie lors de la rencontre avec un accueillant, un aidant de toute sorte.

Alain MERCUEL
Psychiatre,
Sainte-Anne, Paris

« Vous comprenez, quand vous êtes chez vous et que sans cesse tous les quarts d'heure, quelqu'un, les associations, les policiers, les voisins, les curés, les syndicats, le maire, les bienfaiteurs de tous poils... tous viennent tour à tour vous demander si vous n'avez besoin de rien, et bien cela doit devenir gênant à la longue. Pour nous, à la rue, c'est pareil : vous n'avez pas faim, vous n'avez pas froid, où en est votre RMI, ce n'est pas bien de boire autant, il faudrait se protéger... maintenant je les envoie paître ». La question soulevée est celle de la qualité des réseaux de soutien et de la fluidité des échanges informatifs sur la situation de telle ou telle personne. Plus le réseau est efficace, moins ce type d'interventions sans lien se produira. D'où l'intérêt de se parler avant d'écouter...

« Je me suis rendu compte que depuis que je suis à la rue, j'ai changé de caractère. J'étais assez facile à vivre avant, bien sûr j'avais des coups de gueule comme tout le monde mais j'aimais bien rencontrer mes amis, bavarder, d'ailleurs ils me trouvaient agréable, mais je le sens bien maintenant, je suis désagréable avec les gens. Ils nous prennent pour des chiens : allez, fais le beau, viens à la niche, il fait chaud dedans et tu auras un petit susucre dans ton café. Il y en a marre de ces cafés-hameçons, on est piégé. Au début on ne se rend pas compte, on y croit à leur hébergement, mais ce qui est le plus dur à supporter c'est le décalage entre ce qui nous est présenté par ceux qui se penchent sur nos cartons, qui nous disent que cela sera mieux dans un centre et quand on y est, bien sûr, on se fait tout piquer mais le problème c'est surtout qu'on est parqué, on nous manque de respect, on est dominé, ils sont dominants. Il faut toujours composer, accepter, alors qu'on

voudrait exploser. C'est pour ça que je préfère le respect dans le froid que le non respect au chaud. Alors maintenant quand ils viennent nous rencontrer on se sent agressé. C'est comme les Témoins de Jéhovah ». Il ne s'agit plus là de la qualité du fonctionnement en réseau mais du discours du réseau qui peut apparaître parfois stéréotypé, à tel point qu'il n'est plus perçu comme personnalisé et de ce fait n'est plus crédible.

« Et puis autre chose, il s'est trompé Brassens dans sa chanson, c'est pas le pain et la chaleur qui réchauffent, c'est qu'on n'ait pas honte de s'occuper de nous. Vous savez, il y en a qui ne veulent pas dire qu'ils s'occupent de nous, ils ont honte, pas nous. On n'a pas honte mais on a mal ».

« Je suis devenu hypersensible, pas au froid, au regard. Quand on vient nous voir on lit dans les yeux, des fois c'est pour du faux. Et puis il y a des copains qui s'en sortent, des fois on les revoit et ils nous disent que dans le fond, quand on va mieux on tolère qu'on nous marche dessus et on est moins sensible ». Le discours ici témoigne d'une forme de perception parfois distordue. Même lorsque les rencontres se préparent, s'articulent correctement avec des intervenants attendus et présentés, la position dépressive voire paranoïaque, liées aux modalités de défenses psychologiques inhérentes à la rue, fait que toute rencontre est *a priori* suspecte.

« Quelqu'un s'approche de vous et vous demande comment ça va, mais en fait il nous fait peur, des copains se sont fait agresser par des « faux ». On croit qu'on vient nous aider et ils nous piquent tout, alors quand des « vrais » arrivent on a peur, pour se protéger on refuse tout. C'est plus insupportable que le froid ». Dans ce cas la vio-

lence est réelle mais conduit à des conséquences néfastes sur les rencontres ultérieures.

Cette violence particulière, même si elle peut paraître disproportionnée, n'en est pas moins ressentie. A n'y prendre garde chacun d'entre nous y participe peu ou prou. Plus précisément qu'une violence il s'agirait plutôt de « harcèlement à l'aide ». A tel point que l'on voit maintenant se dessiner des inscriptions explicites sur les



cartons, pancartes et autres supports d'écriture des personnes sans toit. Au lieu de lire les anciens « pour manger S.V.P. », « je suis sourd et muet,... », « pour mon chien », « pour un petit sandwich »,... certains affichent :

« ICI, PAS DE DEMANDE »
ou encore
« NE PAS DERANGER »
Plus encore, le « ATTENTION, CHIEN MECHANT » invite à passer son chemin sans se pencher sur le carton. ■

On est des sujets parce qu'on se suggère...

Lorsque le malade écrit ou parle de sa maladie, son premier et véritable objectif est sans aucun doute celui de « neutraliser l'objectivation dont il a été victime » : il souhaite se « réhabiliter » à ses propres yeux et aux yeux des autres, il souhaite reconquérir « la maîtrise de sa vie »¹.

Léa, Igor, Noémie, Jules, Marine, Victor, Rose, Éléonore, Suzanne, Pauline, Agathe et Clément, Gabriel Buffard, Catherine Vigouroux, A. Nicolas, Florence Weber

Christine DURIF-BRUCKERT
Maître de Conférence,
Chercheur
en anthropologie,
psychologie clinique et
sociale - Lyon

* Gabriel Buffard
Psychologue
A. Nicolas
Médecin assistant
C. Vigouroux
F. Weber
infirmières

Bibliographie :

¹ M. Plaza, *Écriture et folie*, Puf, 1986.

² Ce groupe de recherche s'inscrit dans le contexte d'une recherche-action qui fait l'objet d'une convention entre l'hôpital du Vinatier, (le Conseil Scientifique de la Recherche, l'ARP-UCPB, l'Université Lyon 2 et le CNRS-ICAR, UMR 5191, ENS-LSH. Cf. rapport de la recherche 2002.

³ Sous la responsabilité scientifique de C. Durif-Bruckert, Institut de psychologie, GERA (Département de psychologie), CNRS-ICAR, ENS/LSH, Université Lyon 2.

De fait, le travail d'élaboration de la maladie par le sujet malade peut être un élément essentiel d'activation du soin. C'est dans cette perspective que s'est mis en place un groupe de narration de la maladie avec la participation de douze patients d'un hôpital de jour pour adultes². Ce groupe a fonctionné durant une année³, dans un lieu neutre de l'hôpital et en collaboration avec les professionnels de l'Unité*.

Quelques extraits montrent les effets identitaires produits :

- par l'engagement des patients et leur implication en tant qu'acteurs dans le dispositif de la narration d'une part,
- par le travail de négociation du cadre (passage de la situation du soin à un cadre de recherche) et des objectifs même de la recherche d'autre part.

« Mental, ça veut pas dire qu'on a perdu les pédales ? »

Le terme de malade mental est explicitement contesté par Igor.

Chercheur : qu'est-ce que vous proposez à la place ?

Clément : dérangé

Pauline : non un problème psychologique

Éléonore : la dépression

Rose : c'est plus la dépression que la maladie mentale

Pauline : c'est comme une dépression

Igor : je parlerai de souffrance, de souffrance psychique, ça correspond à souffrance psychique

Pauline : mal-être

Rose : mais y' a quand même la maladie, parce que quand y'a hôpital, c'est plus que souffrance

Pauline : puis ça peut être physique aussi

Rose : ça nécessite pas forcément une prise en charge à l'hôpital, la maladie psychique

Igor : c'est pas très heureux maladie mentale

Éléonore : ben y'a une connotation un peu (inaudible) à mentale, autrement c'est le terme hein, c'est vraiment ça, c'est bien mentale

Éléonore : c'est mentale qui gêne
Noémie : c'est les deux ensemble, c'est maladie et mentale

Igor : maladie, mal-être euh

Pauline : mentale, ça veut pas dire, que, qu'on a perdu les pédales ?

Suzanne : ben si hein,

Pauline : ça dépend, pour certains, si

Suzanne : disons que dans la maladie mentale, y'en a peut-être qui les ont perdu, ou qui les ont pas perdu

Suzanne : alors qu'on ne voit que le coté où on a perdu les pédales

Rose : maladie psychique, moi je trouve que c'est bien, maladie psychique

Igor : oui, maladie psychique

Rose : psychique, ça a moins de connotation, psychique ça fait moins connotation hôpital psychiatrique que maladie mentale, mais en fait ça revient un peu au même hein, puis moi je trouve que c'est pareil psychique et physique, enfin que les maladies physiques retentissent sur le psychisme, et les maladies psychiques retentissent sur le physique

Igor : le somatique

Rose : oui les maladies somatiques

Suzanne : on cherche où c'est, la maladie

Clément : On recherche...

« On est des sujets »

... *Clément* : on est des sujets hein, à partir du moment où on est des sujets, on se suggère... gérer c'est le contraire de subir... »

Pauline : il y a la suggestion et la subjectivité... »

« On est des témoins »

La conversion du cadre et donc du contexte de l'énonciation donne à la parole une « force », un « poids », une valeur de « parole pleine ».

Agathe : « ce sont des adultes qui parlent avec des mots d'adulte, avec une dignité d'adulte... je

suis surprise de ce changement... on est les mêmes, mais on se voit différemment, on ne s'exprime pas de la même façon... je parle de moi comme malade et en même temps je sors de ce regard.

Pauline : celui ou celle qui arrive le matin à l'hôpital de jour en traînant des pieds... je n'ai pas dormi... je suis angoissé... je me sens mal... j'ai envie de repartir... c'est celui-ci ou celle-là même qui adopte un autre langage... pourquoi ?

Agathe : parce qu'il se sent responsable et acquiert ici une identité... parce qu'il sait que ses paroles auront une importance, lui l'incompris.

...

Suzanne : Nous sommes auteurs, témoins de ce qui nous est arrivé, nous avons été pris en tant qu'individus et non comme patients, c'est le témoin qui est là avant le patient... le patient est effacé par le témoin... c'est parce qu'on était dans un autre cadre que celui du soin »

Igor : il y a plus de paroles poussées dans le témoignage

Suzanne : nos témoignages ici ont un but constructif... C'est-à-dire, on est pris comme force de proposition par rapport au soin... »

...

Agathe : y'a pas la dépression, mais plein de dépressions avec des ramifications et des chemins, s'ils se trompent de chemin, les psychiatres, ils risquent de rater le malade. Ce chemin ils le trouvent parce qu'on l'indique hein.

...

Ainsi l'idée de la recherche, négociée dans et par l'avancée du récit, a suivi le fil d'une fonction implicite et consensuelle : celle d'éviter de rester assigné à une place exclusive de malade mental (en tant que catégorie stigmatisée), de patient (d'un service psychiatrique) ; et dans le cours des investigations, de pouvoir en chercher, en essayer une autre, pas forcément substitutive d'ailleurs, par la mise à l'épreuve de nouvelles compréhensions et d'autres positions vis-à-vis de la maladie. ■

Ce sont les dispositifs qui décident de ce dont on a besoin

Djamila Haddou accepte de co-signer cet article en connaissance de cause. Elle a lu des numéros de Rhizome qu'elle a trouvés intéressants mais très techniques et manquant de « punch » et de sentiments.

Djamila HADDOU

Gladys MONDIÈRE

Psychologue

Centre de santé mentale
Trieste 59250 Halluin

• Quelle est votre première rencontre avec les dispositifs d'aide ?

Je suis revenue d'Algérie fin 1999 pour d'importants problèmes de santé après y avoir vécu 13 ans, je suis née dans le Nord. Mon premier contact, en tant qu'adulte, (je suis partie mineure) avec les services sociaux s'est fait pour une demande de C.M.U.* pour mes besoins de soins. Les hospitalisations et les consultations chez mon médecin généraliste n'ont pas posé de problèmes, mais j'ai mis 5 mois à pouvoir bénéficier de la C.M.U. à la pharmacie.

Les investigations médicales mettront en évidence une maladie orpheline de type inflammatoire entraînant de nombreux désagréments (intenses douleurs articulaires, intolérance à de nombreux traitements, etc...). Par contre ma demande de RMI** s'est très bien passée et m'a permis de rencontrer un référent qui m'a aidé à m'insérer dans différents dispositifs, de

formation notamment. J'étais suffisamment autonome pour faire toutes les démarches et je n'allais le voir que pour les fiches de liaison.

Il m'a fait connaître des organismes de formations où de toutes façons je ne pouvais pas me présenter seule. On ne peut pas arriver dans un organisme de formation et dire que l'on veut se former sans être inscrite dans un dispositif. Pour ma part, je n'avais jamais travaillé et j'étais prête à faire des stages en entreprise pour me former, même sans être payée pendant deux ans. Mais s'il faut travailler, on ne peut pas pour autant faire des stages comme ça, gratuitement. Il faut être pris en charge, par les ASSEDIC, par exemple... mais pour les avoir il faut déjà avoir travaillé ! Bref, une situation impossible.

• Avez-vous vécu d'autres situations paradoxales, comme ça ?

Pour des raisons familiales, j'ai dû faire appel au 115, j'ai été accueillie dans un centre d'urgence, c'était l'horreur. Je passe sur la nourriture, les draps qui n'en sont pas et un seul de toutes façons, l'absence d'intimité, l'impossibilité de sortir le soir... Non, le comble c'est quand je devais faire des démarches.

Dans ce foyer, les titulaires du RMI devaient participer à certains frais comme les tickets de bus que l'on pouvait donner à ceux qui n'avaient rien. Comme ça, à première vue, cela semble cohérent. Mais cela se complique lorsque l'on n'a pas encore perçu le versement du RMI, mais qu'on est dans la catégorie « RMI », mais qu'il nous faudrait malgré tout bien un ticket de bus pour aller en cours, pour effectuer les différentes démarches...

C'est pour quitter ce foyer que j'ai accepté un studio que j'avais précédemment refusé, parce qu'il était insalubre. Une assistante sociale m'a inscrit dans le dispositif « Tremplin » pour les 18/25 ans, même si j'avais dépassé mes 25 ans, comme quoi

parfois cela peut s'assouplir. Je ne pensais pas que ce serait aussi élastique ! En principe, cette aide à l'entrée dans la vie adulte ne doit pas excéder 12 mois, ce qui m'a rassurée pour accepter cet appartement. Cela fait maintenant 4 ans que j'y suis !

A plusieurs reprises, j'ai fait des demandes à l'office HLM de la ville pour changer d'appartement (je n'ai pas les moyens de chercher dans des agences immobilières classiques, compte tenu du prix des logements), cela m'a toujours été refusé.

Le seul qui m'ait été proposé est dans un tel état qu'uniquement des personnes qui ne se soucient pas de leur environnement pourraient l'accepter. C'est encore plus délabré qu'où je suis, personne de sensé n'accepterait. Ils m'ont dit (aux HLM) que je pourrais peut-être avoir un autre appartement si j'avais l'A.A.H. (ressources plus fiables que le RMI, parce que supérieures).

Cette allocation précédemment demandée pour ma maladie somatique m'avait déjà été refusée. On a recommencé avec le C.M.P. et je l'ai eu.

J'ai, de fait, réactualisé ma demande aux H.L.M, et là on m'a dit que non qu'avec l'A.A.H.*** c'était pas possible, « ça ne rentrait pas dans leur quotas ». Je ne sais pas comment fonctionnent les attributions de logement, mais de ce que j'en ai compris, ce qui est peut-être erroné, il semblerait qu'il y ait comme des quotas (tant de logements pour les A.A.H., tant pour les RMI, etc.). Aucune logique d'attribution n'est expliquée, ou explicable ?

J'ai vraiment péché un plomb ! J'en suis même arrivée à entendre que les F2 étaient réservés aux couples, si je me mariais peut-être... J'ai mal dû comprendre !!!

• Que pensez-vous de tout ça ?

La première chose, c'est que le plus souvent tout est décidé sans notre avis. Je prends l'exemple du studio. Je suis dans un studio alors que j'ai besoin d'une chambre à part de la pièce commune

* Couverture Maladie Universelle.

** Revenu Minimum d'Insertion.

*** Allocation Adulte Handicapé.



Veille de carnaval... interpellée

par Monsieur C, homme de la rue

La rencontre avec Monsieur C. s'est effectuée le samedi 29 mars 2003 à 17h45, jour de la braderie à N. Quai F. Roosevelt, boulevard proche du centre-ville, je vois un homme semi allongé, se maintenant la tête avec son bras, son pantalon dégage son postérieur. Il s'est uriné sur lui. Autre élément du décor : un litre de rouge. Après avoir été interpellée par ce corps et sa posture, que dois-je faire ? S'est-il endormi ? Si oui, dois-je le réveiller ? A demi dévêtu, dans ses excréments... Je ne peux pas le laisser comme cela.

Approchant, je m'accroupis et l'interpelle. Il ouvre les yeux. Lui disant bonjour. Il me tend la main. Je lui dis qu'il ne peut pas rester comme ça, que son pantalon est tombé. Il me répond affirmativement qu'il faut qu'il se change car il est trempé. Un samedi soir, toutes les structures sont fermées. Sachant que les urgences du CHU proche disposent d'un vestiaire, je lui propose d'y aller. Il répond qu'il pourrait prendre un bain. Seulement,

étant à pied, il dit que cela va être dur car il ne peut pas beaucoup marcher : « *la semaine dernière, ils m'ont coupé les doigts de pied* ». Il veut ôter ses chaussures pour les montrer, disant que c'est à force de trop marcher et de dormir dans la rue. Pendant que je réfléchis, il a réussi à attraper sa bouteille et en boit une gorgée. Il a plusieurs tatouages, dont un prénom inscrit au poignet : « Robert ». Je pense à Robert C. dont on m'a déjà beaucoup parlé en terme d'homme violent, d'habitué. Je vais voir aux urgences s'ils peuvent l'accueillir : je dois faire venir les pompiers car eux ne sont pas habilités à aller le chercher.

Retour sur les lieux. Monsieur C. s'est relevé, marche péniblement en se rattachant au mur, essayant de tenir son pantalon. Quand je l'interpelle, il lève la main comme pour frapper, disant qu'il ne reconnaît personne. Je lui demande où il va : « *chez le Turc, chercher une bouteille* ». Entre temps, plusieurs jeunes passent : « *Alors Robert, encore là !* ». L'un d'entre eux me prête son portable. En ligne avec les pompiers, à peine ai-je commencé à décrire l'objet de mon appel et la localisation, on me répond que c'est quelqu'un de très connu, de violent, refusant d'être emmené. Il faut téléphoner à la Police. J'insiste, on me dit de patienter. Cinq minutes plus tard, après avis du chef de service : cela ne relève pas de leur attribution, « *pas équipés. Je ne vais pas mobiliser un VSAB* juste pour un transport* ».

J'en informe Monsieur C. et lui propose d'y aller à pied à son rythme. Il accepte, fait quelques pas, puis dit vouloir s'arrêter un peu, exactement au même endroit où je l'avais vu et où il reprend la même position. J'obtiens un fauteuil roulant au CHU ; Monsieur C. ne veut plus y aller, dit s'en foutre, il a sommeil. Il pose sa tête, protégée

par son bras, sur le bitume. Il s'urine de nouveau sur lui.

Tentative de faire le 115 : la ligne est saturée. Rappel des pompiers : même réponse, proposition de voir avec le SAMU : si le médecin accepte de faire un bon, ils viendront le chercher. Il leur a été déjà signalé, quasiment tous les jours ; je n'ai aucun argument de plus. Je signale que les urgences prévenues acceptent de le prendre. On me dit que c'est une façon de se renvoyer le bébé. La situation a été dénoncée au préfet mais il ne fait rien. Le médecin du SAMU me demandant de décrire la situation, me répond que l'ivresse n'a jamais été une urgence médicale, que les urgences sont surchargées, que l'hôpital n'est pas un hôtel. Je fais référence au risque d'hypothermie, il dit en riant « *bien sûr, il y a un risque* ». Cela relève de l'urgence sociale, je dois faire le 115. Il me demande si j'ai d'autres arguments : « *trois hivers dehors pour ce monsieur, ce n'est pas la première fois* ».

Du simple passage... à l'acte.

Entre temps, une femme vivant dans le quartier dit que, personne ne voulant plus intervenir, elle a tenu à faire enregistrer une plainte. Retour sur les lieux. Un homme paraissant bien le connaître vient lui proposer d'aller chercher une bouteille, de la lui donner s'il vient avec lui. Il dit qu'il a l'habitude : en tel cas, il l'emmène un peu plus loin. L'impression que nous gênons sur un territoire gardé, lieu probable de trafic.

Du rougissement au malaise physique, le côtoiement de cet homme avec ce qu'il y a de proximité charnelle et de rapprochement social met en jeu des conventions plus ou moins élaborées. Un couple s'arrête. Plusieurs jeunes demandent s'il faut appeler les pompiers. Un couple passe, la femme cache ses yeux et accélère le pas. Une mère se met



* Véhicule de Secours Asphyxiés et Blessés.

Veille de carnaval... interpellée par Monsieur C, homme de la rue (suite)

devant ses enfants en disant « oh ! Mon Dieu » et continue son chemin.

Je décide de partir. Je vais au moins le signaler à une antenne de commissariat. L'équipe de cette après-midi l'a déjà vu ; il faut appeler les pompiers ; « à chaque fois, c'est la même chose », « c'est quelqu'un qui a toutes les maladies du monde ».

19h30, j'essaie de faire le 115. En ligne avec un écoutant social, puis avec le SAMU social, j'expose de nouveau la situation sans préciser l'identité. Ils savent de qui il s'agit. Ils ne peuvent rien faire car ne sont pas équipés. « On connaît l'histoire, on a déjà essayé plusieurs choses ». On me

dit de faire le 17 et le 18. Si eux passent – pas avant 22 heures – s'il est toujours là, ils verront ce qu'ils peuvent faire. On me remercie de mon appel.

19h45, retour sur les lieux. Monsieur C. est toujours là. Je vais voir des pompiers intervenant en face. D'emblée, on me répond qu'il est connu, qu'à chaque fois c'est pareil : « nous, on se soucie de lui. Lui, le problème, il se laisse vivre, il s'en fout ». Ordre est donné à un jeune pompier de prendre une couverture isothermique et de faire un bilan de conscience. En y allant, il demande si c'est C. ou V., autre « habitué ». A son arrivée, Monsieur C. râle, com-

mence à cracher. Le pompier, lui disant de ne pas commencer, tente vainement de lui remettre son pantalon et dispose tant bien que mal la couverture en faisant cette remarque : « on dirait une décoration de Noël ».

20h15, un homme allongé à même le sol, recouvert d'un papier brillant, dans son urine et sa merde. Le mur contre lequel il est appuyé tient des bâtiments vides. Une affiche dit « bureaux à louer ». Demain, c'est carnaval, il est déjà déguisé. Ce qui est rassurant : il est âgé de 37 ans, il en paraît 25 de plus et « c'est un habitué » n'a-t-on cessé de me répéter. ■



Ce sont les dispositifs qui décident de ce dont on a besoin (suite)

(pour des raisons pratiques inhérentes à mes problèmes physiques). D'autres sont dans un F1 ou F2 alors que pour eux cela ne fait aucune différence. On est adulte, responsable, on pourrait réfléchir ensemble. Ce sont les dispositifs qui décident de ce dont on a besoin, cela manque de souplesse et surtout d'adaptation au cas par cas.

Pour des démarches sociales (logement...), il est difficile d'être écouté vraiment, il faut souvent passer par un interlocuteur : référent, assistant social, psychologue, comme si notre parole, toute seule, n'avait pas de sens, de valeur.

Ensuite, toute demande doit être justifiée. Si je suis dans un foyer

d'urgence et que je veux sortir un soir ou un week-end, il faut que je me justifie (pourquoi, qui, où, à quelle heure...), comme si j'étais mineure et irresponsable.

Enfin, moi je « cumule les handicaps », si l'on peut dire : maghrébine, suivie psychologiquement et atteinte d'une maladie que l'on ne sait pas soigner. On me demande de m'en sortir, et j'aimerais d'ailleurs vraiment m'en sortir, et pourtant tout s'oppose systématiquement à mes demandes (plus ou moins ouvertement, ma nationalité – ça s'est très subtil –, ma maladie, mes problèmes psychologiques)...

Car là aussi finalement, déclarer que l'on est suivi psychologique-

ment nous désavantage. On nous met une étiquette qui ne nous correspond pas, en particulier tout ce qui est lié à une incapacité.

Toutes les personnes suivies psychologiquement ne sont pas des incapables, non ?

Pour moi, les aides et les dispositifs semblent plutôt justes, c'est leur application rigide qui ne va pas. Car s'ils fonctionnent d'une manière générale, ils mériteraient souvent une marge d'adaptation, au cas par cas. ■

Humeurs après un entretien avec Monsieur K, demandeur d'asile

...Rencontre d'un homme
en cours de procédure
avec une psychologue
en cours de recherche
qui en a été bouleversée...

Valérie COLIN

Psychologue
ORSPERE-ONSMP

La peur, la menace, le sentiment de menace le poursuit alors même qu'il est en règle, alors même qu'il sait qu'il n'a commis aucun crime sur le territoire français, alors même qu'il est dans un lien de confiance et de protection avec les interlocuteurs de l'association qui l'héberge et qui nous a mis en relation.

De notre côté, nous avons nos normes de respect de la personne, nous sommes des chercheurs (tout de même !) : nous garantissons l'anonymat et le secret professionnel, mais est-ce que ça veut dire quelque chose pour lui qui a fui une menace que nous ne connaissons pas au prix de laisser ses enfants sur place ? Certes, nous n'avons pas d'uniforme, visuellement nous avons plutôt bonne mine, mais comment nous faire confiance d'emblée, combien de fois n'a-t-il pas vécu l'expérience que ces bons français ne pouvaient pas le protéger et au contraire le remettaient en situation de danger (renvoi d'un bureau à l'autre). Ils sont tous bien gentils ces gens qui l'accueillent à tous les guichets et à tous les « bureaux » comme il dit, bureaux qu'il fréquente continuellement de peur qu'on l'oublie (lui et son dossier). Mais qu'ont-ils fait jusque-là pour répondre à sa demande pressante de protection ? Ah, oui, il a eu un toit de temps à autre pour dormir, certes à coup de 3 nuits par ci par là depuis plus d'un an. Ah oui, il a bénéficié du versement d'une allocation qui est un droit par les ASSE-DIC pendant un an, sachant que la procédure dure à peu près trois ans. Ah, il a également, bien sûr touché une allocation d'attente d'approximativement 300 euros au bout de plusieurs semaines lorsqu'il a repéré à qui il devait s'adresser (nous-mêmes avons mis plusieurs mois avant de repérer le SSAE* comme acteur clé). Mais cet homme qui

a laissé une part de lui dans son pays, c'est-à-dire sa famille, ne peut pas utiliser cet argent qu'on lui donne juste pour lui, il a des responsabilités envers les siens. Il s'arrange alors pour en faire parvenir une partie à ses « petits », comme il dit, par le biais de personnes de confiance qui voyagent. Pudiquement, il explique qu'il peut ne pas manger pendant plusieurs jours pour faire ces économies qu'il trouve encore bien maigres. Mais c'est lui qui s'amaigrit. Lorsqu'il est arrêté par les forces de l'ordre françaises pour un contrôle d'identité, tout se passe bien car il est effectivement en règle. Oui, du point de vue de la loi française, il est « clean ».

Expertiser sa santé mentale ??? Mais ma brave dame si nous étions tous dans cette santé là... Ses souffrances, on les imagine, voire on les vit au fil de son récit d'un jet, d'un coup, en une seule charge, mais lui s'en accommode, non sans effort, mais avec philosophie comme on dit. Oui, cet homme est fort, est sain, il ne lui plaît pas d'être une victime, il ne revendique pas de l'être non plus. Il dit juste que chez lui c'est dangereux, qu'il veut vivre et que pour ça il a besoin d'un autre pays pour l'aider à se protéger car seul dans son pays, il n'y parvient pas. Il a choisi le nôtre, je suis honorée et immédiatement honteuse. Mon pauvre monsieur que vous a-t-on dit sur la France, sur notre propre capacité à vous protéger ? Vous vous êtes déjà senti exténué, à bout, au point d'être hospitalisé à plusieurs reprises. Mais qui ne le serait à vivre dans une inquiétude continue sur le lendemain, dans une mobilisation d'énergie intense et répétée pour se faire comprendre, avec une usure du corps peu ou pas alimenté, peu ou pas soigné, lavé... La solitude ? Vous ne connaissez pas ! Je vais finir par croire que c'est un mal occidental. Pourquoi ne vous sentiez-vous pas seul, même au pire des moments noirs ? Parce que votre existence à vous n'a de sens que pour l'ensemble. C'est cette foi, cette foi en je ne sais

quoi d'ailleurs, qui vous soutient au point de pouvoir croire que vous pouvez vivre encore 100 et même 400 ans si Dieu vous l'autorise. Le désespoir. Le désespoir, c'est nous qui l'éprouvons à cause de notre obsession de la rigueur des résultats : mais mon brave monsieur, savez-vous quand même que l'OFPPA** ne prendra que 20 % d'entre vous ?

Mais enfin, parlons sérieusement Monsieur, vous êtes un peu fou, non ? Et si vous ne l'êtes pas, confiez-moi votre secret ? Ce qui se passe là-bas est moins pire que ce que l'on vous impose ici dans cette procédure. En tout cas, en tant que jeune femme née au pays des Droits de l'Homme, je vous trouve étrangement inquiétant tant vous êtes fort et ça vous rend beau.

Parler à d'autres, transmettre, c'est toujours aussi difficile, car il faut métaboliser cette souffrance qui nous est léguée avant de pouvoir la dire avec des mots pour les autres, ça prend du temps.

Le temps, ils n'en ont pas ces demandeurs d'asile ou ils en ont trop, tout dépend du point de vue que l'on adopte. Ils n'en ont pas car leur vie, le sentiment d'être protégé dépend de cette réponse étatique. Ils en ont trop car ils s'ennuient le temps que dure cette procédure. Enfin, ils s'ennuient, je m'excuse, mais Monsieur K n'a pas une minute à lui, il est réglé comme une horloge en fonction des horaires d'accueil des différents services proposés. Le guide d'accueil de la ville, il l'a avalé tant il le connaît par cœur. Y'a-t-il seulement des boutiques là où il vit, vivait !! Qu'est-ce que j'en sais moi comment il vivait cet homme, on n'en parle jamais à la télé de l'Angola, c'est à peine si je sais de quel continent il vient !!

Mais en attendant de prolonger cette passionnante discussion sur mon manque de culture, qu'est-ce que je fais, moi, avec cette histoire ? Malheureusement, ce n'est pas un CAS individuel, ce que, en tant que psychologue, j'aurais pu tenter de traiter. ■

* Service Social d'Aide aux
Emigrants

** Office Français de
Protection des Réfugiés et
Apatrides

Quel est mon métier ?

Les éducateurs du SEAT (Service Educatif Auprès du Tribunal) rencontrent les mineurs déferés – présentés à la justice par la police. Ils renseignent les magistrats (juge des enfants ou d'instruction et substitut du Parquet) à partir de leurs entretiens avec les mineurs et leurs familles ainsi qu'avec les services sociaux déjà impliqués. La présentation d'un rapport est obligatoire dès lors qu'une incarcération est envisagée puis qu'il engage l'éducateur dans ce qu'on nomme un projet d'alternative à l'incarcération.

Jean-Michel BOQUET
Educateur SEAT
de Versailles

* Liberté Surveillée
Préjudicielle.

** Protection Judiciaire
de la Jeunesse.

À août 2003, je suis de permanence au Service Educatif Auprès du Tribunal. Le parquet nous annonce pour le début d'après-midi qu'un mineur de 15 ans très connu de la juridiction (un grand tribunal de la région parisienne) sera déferé. Mon premier travail d'éducateur est de trouver les précédents judiciaires de ce mineur et de contacter les collègues qui l'accompagnent dans le cadre de mesure éducative (Liberté Surveillée Préjudicielle au pénal ou Action d'éducation en milieu ouvert au civil).

Pierre est suivi dans le cadre d'une L.S.P* dans un Centre d'action éducative. Il a été suivi par l'Aide sociale à l'enfance (mesure judiciaire) pendant 4 ans et demi et la famille a été mise sous tutelle aux prestations familiales pendant 1 an. Pierre a été jugé à de nombreuses reprises ; il a 23 affaires pénales en cours, essentiellement des vols et des dégradations. L'éducateur qui accompagne Pierre et nous explique l'extrême précarité de sa famille (domiciliée à l'hôtel et au chômage) ; il nous indique avoir essayé de nombreux placements qui se sont toujours terminés par des fugues. Pierre et sa maman ne supportant pas d'être séparés, Pierre préfère toujours sa vie familiale à l'éloignement. L'édu-

cateur précise aussi que personne "n'adhère à la mesure éducative", qu'il est dans l'impossibilité de travailler avec l'ensemble de la famille.

Je reçois Pierre en début d'après-midi, mon entretien se passe très bien, il exprime très clairement son parcours, ses motivations pour les délits commis et ce qu'il est envisageable de travailler avec lui : refus de tout placement ; il accepte de reprendre rendez-vous avec son éducateur et précise une consommation régulière de toxique. Il m'apparaît que Pierre est dans une



conduite d'autodestruction et dans un état profondément déprimé. Pour autant, même s'il se rend compte de ses difficultés, il a du mal à envisager des soins ou une mise en question de son parcours. À la suite de notre entretien, nous proposons simplement la poursuite de la mesure. Il est pour nous totalement impossible de placer Pierre (son état psychique et son refus ne nous permettent d'envisager une telle mesure).

La requête du parquet demande un placement en Centre d'Education Fermé (CEF) ; le juge des enfants nous impose de chercher un placement en foyer... La détention est impossible en raison de son âge (15 ans), cela

semble décevoir l'ensemble des magistrats.

Je dois alors chercher une solution qui ne semble pas souhaitable dans l'intérêt de ce mineur. Les 4 CEF ouverts en France à cette époque sont tous en province et complets. Mais personne ne comprend l'impossibilité pour nous de faire une telle proposition... Les foyers contactés sont eux aussi complets (nous sommes en été et la grande majorité des foyers sont fermés ou en transfert) sauf un : le seul foyer PJJ** ouvert du département (qui mutualise

trois foyers). *Problème* : Pierre a déjà été placé dans l'un deux et refuse de le reprendre. Je suis donc amené, sur demande du juge des enfants, à faire du "forcing" auprès de nos collègues pour avoir une place. Je sais que Pierre refusera de s'y rendre ou, s'il s'y rend, il risque de poser de gros problèmes...

Tout ceci se fait alors que je suis le seul à avoir rencontré Pierre...

Audience de mise en examen, décision du juge des enfants : placement au foyer PJJ. Notre argumentaire, les rapports des travailleurs sociaux joints et l'explication de Pierre lui-même n'auront jamais réussi à faire

Quel est mon métier ? (suite)

changer l'avis du juge des enfants. Pierre doit être placé au foyer PJJ pour une durée de huit jours renouvelable une fois.

Je suis donc chargé avec une collègue d'emmener Pierre au foyer. Je suis en désaccord profond avec cette décision de justice que je dois exécuter et ne pas commenter...

Je pars avec ma collègue, Pierre refuse de nous accompagner, nous discutons, nous avançons vers le parking où se trouve la voiture, sa mère nous accompagne. Nous essayons de convaincre la mère de l'intérêt de ce placement pour qu'elle essaie aussi de convaincre son fils !!! Plus d'une demi-heure de discussion sur le trottoir et Pierre nous quitte calmement, nous ne le reverrons pas... Il est 19h30...

Appel au foyer, information du juge des enfants, et quelques autres démarches, 20h00 passé. Je me sens en même temps coupable, responsable et particulièrement impuissant. Que fallait-il faire dans l'intérêt de Pierre ?

En deux heures (temps entre l'entretien avec le mineur et le rendu du rapport au juge), nous devons faire NOTRE travail d'éducateur donc réfléchir à l'intérêt éducatif du mineur mais aussi essayer de répondre aux demandes des magistrats et des collègues. Les juges et substitués nous demandent : placement en foyer, en CEF, en CER* ou qu'une mesure soit prise en urgence... Si nous ne trouvons pas, ils savent nous dire que NOUS sommes responsables. Nous ne donnons, certes, qu'un avis mais par la suite l'exécution de la mesure nous revient et nous n'avons aucun pouvoir pour convaincre nos collègues ou partenaires.

L'éducateur au SEAT est à la charnière du dispositif de protection des mineurs. Il est le seul interlocuteur direct avec l'ensemble des intervenants. Il se doit de répondre à toutes les demandes et faire des démarches auxquelles il ne croit pas. Finalement il cristallise l'ensemble des mécontentements et se retrouve responsable de décisions qu'il ne prend pas. Comment peut-il ne pas être dans une situation complexe de mal-être ?

Protéger un mineur, travailler dans l'intérêt de celui-ci, voilà l'unique mission d'un éducateur. Pourtant l'ensemble des dysfonctionnements m'amènent à me poser la question de ma réelle mission : dois-je répondre systématiquement positivement à un juge ou à un procureur ? Dois-je défendre, au risque d'être en incohérence

avec mes valeurs professionnelles, des décisions prises par un magistrat ? Et finalement dois-je être responsable de ce qui se passe pour le mineur ? Ces questions sont récurrentes, il n'y a pas un jour de permanence où je ne me les pose pas, pas un jour où je n'essaie pas de me convaincre que, quoi qu'il arrive, je ne suis pas responsable (des faits commis ou des décisions de justice). Quand un mineur est incarcéré, quel éducateur en poste au SEAT ne s'est pas posé cette question : "ai-je tout fait pour qu'il n'aille pas en détention ?" et aussitôt une autre apparaît "faut-il toujours qu'un mineur évite d'aller en prison ?". Notre mission est pourtant de proposer systématiquement (comme le précise la loi) une "alternative à l'incarcération".

Je n'ai pas aujourd'hui de réponses à ces nombreuses questions, je ne peux qu'illustrer le mal-être que nous (éducateurs du SEAT) portons chaque jour dans notre travail avec les mineurs. Ce mal-être est avant tout lié à l'incompréhension de nos partenaires sur notre métier et sur les dysfonctionnements des différentes structures chargées de la protection des mineurs. Chacun revoit ses responsabilités sur l'autre : le juge sur l'éducateur, l'éducateur sur le juge, l'ASE** sur la PJJ, la PJJ sur l'ASE, la prévention sur la mission locale, etc., la liste pourrait être longue. Aujourd'hui étant au cœur du dispositif, j'ai l'impression de porter (seul) l'ensemble de ces problèmes, d'être le seul et unique responsable. Pourtant je ne suis qu'un simple éducateur, les grosses difficultés (que nous soulevons très souvent) ne sont que peu ou pas entendues, et elles me dépassent largement.

Je pourrais résumer tout cela par une dernière question : "quel est mon métier ?". ■



Les violences humiliantes

L'assistance n'est pas une violence de même nature que l'exploitation économique ou la misère. Bien au contraire, l'assistance est une tentative pour gérer les effets de l'inégalité et de la pauvreté en apportant une aide à ceux qui sont démunis.

Vincent de GAULEJAC

Directeur du Laboratoire de Changement Social, Université Paris 7.

Auteur de *La Lutte des places* (en collaboration avec I. Taboada Léonnetti), et *Les sources de la honte*, Desclée de Brouwer, 1993 et 1996.

Et pourtant l'assistance est souvent vécue comme une épreuve humiliante parce que l'aide est subordonnée à une série de conditions qui sont autant de « symptômes » de la considération sociale dont l'assisté est l'objet. Cette considération n'est pas évaluée de la même façon selon que l'on interroge les professionnels de l'assistance ou les usagers.

Un certain nombre de Rmistes que nous avons interviewés (Gaulejac, Taboada Léonnetti, 1993) nous ont parlé de « parcours du combattant » pour évoquer l'ensemble des démarches qui sont nécessaires pour obtenir une aide. On sait pourtant que l'instauration du RMI a été justement pensée pour simplifier, accélérer et unifier les procédures, face à un système d'aide sociale dont la complexité est reconnue par tout le monde. Plus généralement, les usagers expriment beaucoup d'ambivalence face à l'assistance. D'un côté, ils en reconnaissent la nécessité et ils valorisent le travail de ceux qui acceptent de les écouter et de s'occuper d'eux, d'un autre côté, ils expriment une colère et une souffrance d'être obligés de se soumettre à des procédures qu'ils vivent comme inutiles, contraignantes ou dévalorisantes.

La plupart des assistés sont « obligés » de demander une aide. C'est pour eux une nécessité souvent liée à une question de survie. Ils sont donc contraints de se soumettre à ces procédures et d'accepter une relation dans laquelle ils se sentent dominés. L'humiliation vient d'abord de cette obligation de se soumettre, elle est entretenue par le sentiment d'être traité comme un objet et même par-

fois méprisé. C'est d'ailleurs plus dans le fonctionnement du système que dans la nature des relations avec les professionnels de l'assistance que le sentiment d'humiliation se développe : le fonctionnement bureaucratique et impersonnel de nombreux services sociaux conduit à privilégier le respect des procédures à la qualité de la relation. On le perçoit en particulier à travers trois éléments caractéristiques des systèmes d'aide : le contrôle, l'attente et le mécanisme de la porte tournante.

Le contrôle

La plupart des services d'assistance subordonnent l'aide à des conditions préétablies. D'où une demande de justificatifs, de papiers divers pour pouvoir en bénéficier. Une fois la légitimité de la sélection établie se déroule un processus bureaucratique qui met à distance le bénéficiaire, l'oblige à rentrer dans les normes de l'institution aidante et à se soumettre à l'ordre institutionnel. La conséquence de cette soumission objectivante et normalisante est le sentiment, partagé par les usagers, que l'aide doit se mériter, qu'elle est la contrepartie de sa bonne volonté à se soumettre, qu'il y a un prix à payer : « rien n'est jamais gratuit pour un pauvre ». Simone, 40 ans, au chômage depuis 5 ans, raconte dans un groupe de Rmistes : « *Vingt-cinq ans de boulot, je me retrouve au chômage et on me demande des papiers, des entretiens... J'ai ma fierté, je ne vais pas magouiller, me mettre à genoux. C'est un droit. Chaque semaine, il faut faire ça, donner un papier. Je vais à l'ANPE et je me fais engueuler... Au lieu de m'aider, on me fait des reproches...* ».

L'attente

« *Partout où je vais, je me retrouve dans une file d'hommes en train d'attendre. Tout s'agite autour de nous et nous sommes là immobiles, pétrifiés, inutiles* ». Comme si le temps de l'assisté n'avait pas d'importance. Le fait de considérer que le temps

d'une personne est moins précieux que le sien, conduit à dévaloriser cette personne, à la déconsidérer. Si son temps n'a pas de prix, c'est la personne elle-même qui est en fait considérée comme « quantité négligeable ». Ce qui n'a pas de prix ne compte pas ! Comment alors prétendre apporter une aide, une requalification, une réassurance à quelqu'un dont on néglige ainsi l'existence ? La qualité de l'accueil est un bon analyseur de la considération que l'on attache aux personnes que l'on reçoit.

La porte tournante

La résolution des problèmes est toujours différée dans le temps ou dans l'espace. Il manque toujours un papier, la réponse est toujours ailleurs, « Revenez demain ! ». La multiplication des papiers à présenter, des démarches à effectuer est un élément de sélection et d'adaptation au système de l'assistance. Il signifie que l'assisté doit toujours être disponible, doit toujours répondre à ce qui lui est demandé, doit montrer sa bonne volonté à s'adapter au système et en même temps, il signifie que la résolution des problèmes auxquels il est confronté est toujours ailleurs, toujours différé soit dans l'espace soit dans le temps. Il ne s'agit d'imaginer une éradication totale de la violence, mais de dire que, s'il y a certainement des violences nécessaires dans toute procédure, toutes les violences ne sont pas nécessaires. ■

Violences

« pour le bien des patients »

La psychiatrie est de plus en plus appelée à répondre à la violence de sujets en souffrance sur le plan social. Cette violence est le symptôme d'une société quant à ses fonctionnements et à la crise des liens sociaux.

Jean-Pierre MARTIN
Psychiatre,
chef de service
hôpital Esquirol, (94)
Saint Maurice

Repérer cette situation globale indique que la psychiatrie est concernée, car elle participe des rapports sociaux de violence au moins sur trois plans : en tant qu'institution sociale, comme lieu de prise en compte du rôle de cette violence dans la constitution des symptômes individuels, mais aussi par les violences qu'elle exerce dans son cadre de soin sur le sujet au nom du « bien des patients ».

Stanislas Tomkiewicz a montré que cette violence institutionnelle a un rapport étroit avec la violence d'Etat et, à propos des enfants, il la décline selon deux catégories de sévices :

- les personnes que l'on considère comme ne méritant pas un sort meilleur : délinquants, cas sociaux, situations de chronicité dans la répétition, « perdus quoiqu'on fasse pour eux ». Cette catégorie constitue un risque majeur d'exclusion de la part des rationalités médico-administratives actuelles qui tendent à réduire le soin et son coût à une efficacité immédiate ou rapide, en contradiction avec les buts éthiques et une prise en charge incluant le temps long.
- la contrainte exercée au nom du bien de l'enfant (du patient) afin d'extirper le mal qui se trouve en lui. Cette catégorie reste largement repérable dans nos structures de soins où, malgré le souci des droits de la personne (Charte du patient hospitalisé, commission des hospitalisations psychiatriques, place reconnue aux associations de patients et de leurs familles), l'équipe soignante n'imagine pas que le patient puisse être en plénitude un sujet de droit ; nous voyons là un des mécanismes d'une chronicité institutionnelle. Notre expérience pratique nous amène à compléter ces deux

catégories par au moins deux autres : celle du risque d'un diagnostic médical et de la prescription dans l'urgence, celle de la contrainte à domicile et de l'encadrement de la vie privée, qui indiquent combien la psychiatrie s'inscrit aujourd'hui dans la violence faite au sujet social.

• La première est une forme de naturalisation du symptôme objectif, hors du sens de la situation sociale et psychique qui a produit ce symptôme, le traitement en urgence venant fixer l'identification sur l'être malade en soi, redoublant le vécu de catastrophe personnelle. Cette objectivation est d'autant plus pernicieuse que le patient et ses proches peuvent en ressentir dans l'immédiat un soulagement qui rendra d'autant plus incompréhensible la répétition à venir ou le déplacement du symptôme. Ce constat est particulièrement net dans les souffrances post traumatiques.

• La deuxième témoigne d'un encadrement des libertés dans la vie privée qui peut commencer dès la première intervention à domicile sur un signalement de l'entourage ou d'un travailleur social. En termes juridiques, la vie privée n'est soumise à une structure de soin que dans les régimes totalitaires, ce qui interroge sur les précautions éthiques à mettre en œuvre quand les soignants sont confrontés à cette nécessité, tant au domicile que dans la rue (ou les associations) pour les sans abris. Nous rattacherons à cette question la pratique actuelle de la multiplication de l'encadrement de longue durée par des mesures de tutelle et de curatelle, la généralisation des pratiques d'expertises psychiatriques sur le plan du droit civil, les sorties d'essais prolongées de façon interminable lors d'hospitalisations sous contrainte.

Notre pratique de centre d'accueil et de crise, depuis 12 ans, qui permet de prendre le temps d'une rencontre réciproque dans un cadre d'ouverture 24h sur 24 sur le terrain, d'instaurer une

approche clinique d'interface entre la demande sociale et la réponse soignante, d'écouter et de prendre en compte les tiers comme facteurs de compréhension du sens de la situation et de ressources pour le patient, a ouvert un champ clinique et éthique positif sur l'ensemble des dérives institutionnelles violentes, ne serait ce qu'en limitant les réponses d'hospitalisation.

L'institution Centre d'accueil et de crise est cependant prise dans l'idéologie individualiste contemporaine, stigmatisant lourdement les échecs à la réussite.

Nous pouvons ainsi repérer :

- que certains patients présentent une violence qui rend l'accueil « impossible » car la rencontre se résume à des heurts répétés. Cependant nous constatons que le cadre ouvert de l'accueil est moins objectivant que celui de l'hospitalisation et laisse des interstices de travail sur la répétition des passages et les traces déposées à chaque fois. Il permet dans certains cas la préhension d'une humanité et de signes d'intersubjectivité. La limite est donc elle-même objet d'un travail et d'une évolution possible.
- que certaines souffrances psychiques demeurent abusivement traitées sur un mode psychiatrique quand la réponse pour « le bien du patient » l'emporte sur l'écoute et la distanciation.
- que la question du consentement aux soins apparaît complexe sur le plan clinique : consentement à quels soins, avec qui, dans quel cadre, sur quelle durée ? Les patients présentant des psychoses adhèrent souvent au lieu de protection avant toute possibilité de travail relationnel. L'omnipotence devient alors source de difficultés pour le cadre, d'autant plus qu'elle s'affirme sur un mode paranoïaque ne laissant pas de place à la négociation, et entraîne des phénomènes d'exclusion. Les limites ne doivent pas s'affirmer dans une omnipotence soignante en miroir mais cela ne s'avère pas toujours possible.



Violences « pour le bien des patients » (suite)

Les limites et leurs effets de violence demeurent soumis à la disponibilité et à la fatigue de l'équipe, et par conséquent aux multiples causes de souffrances personnelles de ce travail de première ligne. La multiplicité des situations occasionnées par la mise en place de l'inter sectorialité, le poids de la gestion administrative des effectifs infirmiers du fait de la réduction des moyens de la psychiatrie actuelle, sont autant de facteurs

qui altèrent la disponibilité soignante et son organisation et donc l'apparition de violences possibles.

Comment conclure cette approche de la violence institutionnelle ? Le travail de secteur appelle la notion de réseaux entre partenaires qui préviennent et permettent de prendre en charge les situations les plus difficiles, un travail d'information et d'échanges avec les élus donnant une compréhension claire du

dispositif d'accès aux soins et des possibilités d'insertion sociale des patients, ouvrant à l'élaboration d'actions de santé mentale dont la violence est entre autre l'objet. Le souci de ne pas s'aliéner dans les fantasmes sécuritaires actuels est un des axes de ce travail sur la violence, dans lequel le « mieux » pour les patients et leurs proches peut se substituer à l'impérialisme du « bien » véhiculé par les représentations sociales de l'époque. ■

Hospitalisation sans consentement et grand froid

Il est intolérable de voir une personne sans abri, morte de froid dans la rue, et les effets tragiques de la canicule de cet été ont augmenté la culpabilité collective et les exigences qui en découlent.

Cette année, comme chaque année depuis 1995, il y a un « plan froid » pour l'hiver incitant à une vigilance active en ce domaine. Dominique Versini, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, a envoyé deux lettres circulaires en date des 7 octobre et 7 novembre dernier*, dressant le plan exhaustif et structuré de ce qu'il convient de faire pour que personne ne meure dans la rue.

En cas de nécessité, parmi toutes les mesures, est évoquée la possibilité d'une hospitalisation sans consentement, ce qui renvoie à l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), voire à l'hospitalisation d'office (HO). Il est précisé que l'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée (c'est nous qui soulignons) par les acteurs de terrain, intervenants sociaux et médecins ; et parmi ces derniers, ceux qui peuvent, ou non, signer l'hospitalisation sans consentement.

Cette invitation forte a au moins deux effets :

- *Un effet positif*, celui de rappeler que même ceux que l'on nomme parfois « les cas sociaux » ont droit à l'accès aux soins. Parmi les personnes sans abri, on doit rappeler que la proportion de maladie psychiatrique avérée est fortement supérieure à celle de la population générale.
- *Un effet négatif* : celui d'une écoute radicalisée conduisant à l'injonction de psychiatriser et « d'interner » toute personne sans abri refusant l'hébergement par temps de grand froid. L'argument s'appuierait sur la situation de danger amenée par le refus de l'hébergement proposé.

Toute situation devant être jugée, au cas par cas, il doit être clair qu'une telle radicalité trouverait là une application pertinente de l'article de J.P. Martin : *Violences « pour le bien des personnes »***.

Il n'est pas simple de vouloir aider quelqu'un qui récuse l'aide en situation vitale. Le contournement de la récusation reste un



art difficile dont on ne peut se défaire, soutenu par une double préoccupation : la vie de l'autre et le respect de ses défenses. ■

Jean FURTOS
Psychiatre
ORSPERE - ONSMP

* Dispositif national
« Urgence sociale et insertion » -
Objectifs 2003/2004

** Dans ce numéro, p. 14/15.

Nous avons lu

■ Ruptures des liens, cliniques des altérités

*Sous la direction d'Olivier Douville et de Claude Wacjman
Psychologie Clinique, Ed. L'Harmattan, Paris, nov. 2003*

Cet ouvrage important, qui rassemble de nombreuses contributions consacrées à la précarité des liens, porte un double regard, psychologique et anthropologique, sur les nouvelles formes du lien social. A lire.

■ De file en fils

Voici le premier numéro du Bulletin d'information semestriel Santé Mentale Précarité édité par la DDASS du Val de Marne.

Il concrétise le projet d'une petite équipe pluriprofessionnelle et pluri institutionnelle : réaliser un bulletin qui soit un lieu d'expression et d'échange des pratiques, mais aussi un lieu de débat autour de la souffrance psychique liée à l'exclusion sociale et l'accès aux soins en santé mentale des personnes précarisées.

Agenda

■ Travail et immigration : interculturelité et pratiques professionnelles

Colloque international organisé à Lille du 17 au 19 mars 2004 à l'Université catholique

Contact : Institut social Lille Vauban – Tél : 03 20 21 93 93 – Fax : 03 20 21 83 29 –
E-mail : sylvie.gema@fupl.asso.fr

■ L'éloge du risque

*Santé Mentale et Communautés : XII^e Cours sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur
23, 24, 25 et 26 mars 2004, Centre Culturel et de la vie associative - Villeurbanne.*

Renseignements et inscriptions : Tél : 04 74 67 47 86 – Fax : 04 74 67 43 77
E-mail : hubertguyotat@wanadoo.fr

■ L'Art-thérapie : un soin d'actualité ?

Les 11 et 12 juin 2004 à Revel/Castres (81).

Contact : Artesia, Maison des associations, 1 place du 1^{er} Mai, 81000 Castres
Tél : 05 34 26 47 37 – E-mail : artesia@art-therapeutes@wanadoo.fr

■ La santé mentale face aux mutations sociales

Congrès international organisé par l'ORSPERE-ONSMP les 12, 13 et 14 octobre 2004 à l'Ecole Normale Supérieure de Lyon.

Renseignements : Tél : 04 37 91 53 90 – E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

■ Santé mentale en population générale : Images et Réalités

*2^{èmes} Journées internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé,
les 25, 26 et 27 octobre 2004 à Lille.*

Contact : Tél : 03 20 62 07 28 – E-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr

Information

■ Aide médicale d'Etat (AME): limitations de l'accès aux soins

Le Sénat puis le Conseil Constitutionnel ont validé, après l'Assemblée Nationale, le vote de la suppression du dispositif de l'admission immédiate à l'Aide Médicale d'Etat. Elle est désormais restreinte aux étrangers résidant « de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois » sur le sol français.

Pendant cette période, en attendant l'ouverture des droits à l'AME, seule est assurée la prise en charge des « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître », et ce uniquement à l'hôpital.

Les associations continuent de se mobiliser contre une réforme mettant en cause le droit effectif d'accès aux soins des plus démunis.

Nous remercions Jean Yves Lefèbre, artiste peintre, pour avoir mis à notre disposition les illustrations de ce numéro (Atelier d'Artistes – CH le Vinatier – Bron)

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORS-PERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
Directeur de publication : Jean FURTOS
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Christiane RICON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Piel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie
BRAILLY (Chaponost) - Tél. 04 78 56 77 00
Tirage : 8 500 ex.
ISSN 1622 2032