

Bulletin national santé mentale et précarité

Ethique de l'intervention, conflits de légitimités

édito

Jean FURTOS

La non demande fait souvent partie intégrante de ces situations complexes et inquiétantes où des intervenants de toutes disciplines estiment crucial d'agir.

Pourtant, on ne peut faire n'importe quoi sur le seul mobile du bien des personnes, qui stimule à l'évidence l'envie d'intervenir.

Les principales mises en cause justifiant de brider cette envie sont :

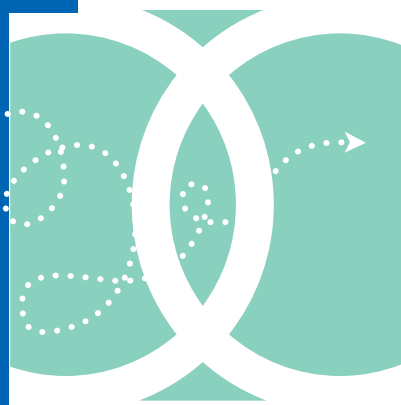
- 1) Conjoncturellement, la montée en puissance d'un souci dominant d'ordre public. Comment « *ne pas se laisser pétrifier* » par le climat sécuritaire qui affiche ses réussites chiffrées en camouflant ses zones d'ombres ? La montée des hospitalisations d'office et la question de l'expulsion pour troubles du voisinage, associés à d'autres contextes d'intervention (sécurité routière...), doivent être considérées à l'aulne d'un collectif qui ne soit pas exclusivement structuré par l'obsession sécuritaire.
- 2) Le fait que l'envie d'intervenir est de plus en plus infiltrée par la peur de la faute, imputée à titre personnel ou institutionnel, qui pousse vers le risque zéro : intervenir pour n'être jamais ni responsable ni coupable, ce qui peut se camoufler sous le beau nom de « *principe de précaution* ».
- 3) Structurellement, on y rajoute l'argument d'un sujet qui, même en extrême difficulté, possède un équilibre précaire à ne pas bouleverser inconsidérément, et qui bénéficie d'un droit au refus, variable selon les législations.

Dans ce numéro, les textes portent autant sur les principes que sur les pratiques. Ils visent à réfuter l'autoproclamation d'un droit d'ingérence sans que ne soit posé le problème de sa légitimité. Ils ne valident pas pour autant l'eugénisme passif qui hante la pensée implicite d'une déchéance, d'une morbidité, voire d'une mort de l'autre qui ne nous concernerait plus ; et qui justifierait le principe de ne jamais intervenir sans demande des personnes elles-mêmes.

Ne pas faire n'importe quoi, c'est vouloir garder liées les trois obligations légitimes d'ordre public, d'assistance et de soin, en tenant compte de la liberté du « non » (de part et d'autre), et surtout des capacités de négociation sur mesure avec les personnes précaires et vulnérables, plus importantes qu'on ne le croit. Vu sous cet angle, les conflits de légitimité se posent comme la catégorie éthique de l'action.

Comme le soutient Jean-Luc Graber, la prévention, c'est l'ambition affichée de partir des situations pour lesquelles les personnes, enfants ou adultes, ne peuvent encore ni formuler, ni présenter de demande : « *... prévenir, c'est être prévenant, avoir le souci de l'autre... faire un pas vers l'autre alors qu'il n'est pas encore dans la demande* ». Un pas vers l'autre, pas plus, pas moins, et puis l'on avise.

L'enjeu est de travailler à conserver l'équilibre entre le soin, le travail social et le droit, dans un Etat démocratique heureusement soumis aux Droits de l'Homme, mais fortement sollicité par des logiques de pure gestion qui l'appellent, d'une manière paradoxante, à la fois à plus de contrôle et à moins d'engagement.



DOSSIER

Généalogie de l'envie d'intervenir

Antoine LAZARUS p. 2-3

Obligations de soin, obligation d'assistance et contrôle social

Jean-Pierre MARTIN p. 4-5

La protection de la personne en droit comparé

Elisabeth DOLARD p. 6

Le contretemps

Noëlle LASNE p. 7-8

Après l'effet canicule, réflexion sur le fondement éthique d'un réseau gérontologique

Martine TANGUY p. 9

Vignette d'un élu : à propos d'une situation d'incurie chez une personne âgée

Bruno PHILIPPE p. 10

Une expérience de bailleurs sociaux pour éviter l'expulsion

Aïcha MOUHADDAB p. 11

Demeurant Partout, Intervenant

Nicolas BÉRUT p. 12

Prévention, répression et éducation : le grand écart ?

Claude BOUCHET p. 13

LE COIN DU CLINICIEN

Dispositifs cliniques médiums malléables pour jeunes en souffrance d'exclusion

Christis DEMETRIADÈS p. 14-15

« L'enfant, la parole et le soin La clinique mise à l'épreuve »

Jean FURTOS p. 15

ACTUALITES p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Généalogie de l'envie d'intervenir

To do or not to do? Ces questions font un peu cogitations de salon quand il y a danger de mort.

Moins que d'intervenir par « envie » il s'agit alors d'obéir à une obligation de solidarité et de survie collective héritée depuis la nuit des temps et à une obligation légale d'assistance à personne en danger. Encore que l'on puisse ressentir, apprécier et assumer diversement non seulement le danger de la situation mais aussi la notion d'obligation et le risque de ne pas s'y plier strictement, le danger de noyade de l'intervenant ou de plainte contre lui.

Antoine LAZARUS

Professeur de santé
publique - Bobigny (93)



Quand l'urgence n'est pas celle d'un risque vital immédiat, l'obligation d'assistance à personne en danger est moins lisible, parfois absente, notamment si le problème appelant ou non à intervenir est celui d'un trouble psychique. S'il arrive que le trouble puisse altérer gravement l'état et la conduite de celui qui le vit, parfois dans un grand isolement, il est le plus souvent en interaction avec l'entourage dont l'angoisse, en résonance avec celle du patient, réclame l'intervention en urgence. Faut-il répondre à cette demande... ? L'envie d'intervenir, d'où ça émerge ? Evidente ou hésitante, l'envie est par là, sans que l'on sache forcément pourquoi. Elle peut être collective mais aussi individuelle. Elle peut être à l'u-

nisson ou en rupture personnelle avec le sentiment, voire le jugement des autres.

D'où notre idée qu'il y aurait en amont comme une « *généalogie de l'envie d'intervenir* ». Amont complexe, clair-obscur et qui, à une époque historique donnée, largement à notre insu, détermine ce qui fait évidence ou pose question et qu'il convient d'interroger. Amont qui induit les attentes, les envies et les choix d'agir des gens, des professionnels, de leurs institutions, des associations et finalement des politiques publiques. Philosophes, anthropologues, psychiatres, psychanalystes sont familiers, chacun, de quelques facettes de ces approches.

Ce qui fonde l'envie d'intervenir est comme absent de l'énoncé des grilles décisionnelles, non formulé dans la liste des évidences apparemment rationnelles des équipes médico-sociales et de leurs règles évaluatives. Si les prémisses de cette piste « *généalogique* » semblaient valoir la peine de s'y intéresser, cela pourrait peut-être suggérer un champ de recherches multidisciplinaires emmenant aussi avec lui travailleurs sociaux et cliniciens.

Essai de quelques « fragments généalogiques » qui généreraient l'envie d'intervenir

Depuis les rêves d'enfance, la vocation, les chapiteaux sacrés et les fictions télévisées sur l'urgence.

Être sauvé, le dénouement du cauchemar, la perception de la fin de l'inquiétude de ceux qui vous aiment et vous protègent. La beauté de sauver. Quand je serai grand je serai pompier, je serai policier, docteur. J'interviendrai pour faire du bien, faire ce que je dois, faire ce que je peux.

L'envie de la toute puissance rêvée d'être bon, efficace, qui ne se trompe pas, reconnu et remercié par le bon cœur de celui que l'on aide et par toute la société, spectateur idéal entourant les barrières du champ clos de la

bonne intervention à l'héroïsme simplement ordinaire et modeste. Merci docteur !

En intervenant pour son prochain, les pauvres, les malades, les exclus d'aujourd'hui, « on gagne son paradis ». Si l'on saisit vaguement que faire le bien sert au rachat de ses fautes, il serait encore plus inconvenant d'admettre qu'il y a jouissance à pouvoir faire du bien. Jouissance d'autant plus vertigineuse que ne pas sauver, si on peut le faire, c'est le pouvoir de tuer.

Plus « *laïquement* » aussi, du désir de solidarité, du devoir de militance avec la cause de la classe des plus pauvres pour ne plus dire des plus exploités. Comme un sentiment d'obligation de paiement d'une dette de classe dès lors que les salariés par l'argent du système se trouvent, même modestement, du côté du pouvoir de la classe dominante. Enfin, toujours, du désir de pouvoir, la puissance réparatrice, préventive, salvatrice...où la conscience de faire ce que l'on doit, autoriserait à « forcer » l'autre pour son bien.

Protéger, soulager, soigner, sauver, calmer, enfermer pour sa sécurité ou celle des autres, envie d'intervenir sur celui ou ceux :

dont on a besoin,
dont on craint le courroux, ou d'être déshérité,
celui que l'on aime, celui qui vous succède,
l'inutile, le méchant,
le fou trop dangereux, l'étrange beauté fascinante du diable,
le frère humain, la personne humaine,
le client de l'institution qui exerce son droit .

Enfin, la zone immense du besoin de mater

Participer à cette étrange exigence de santé que l'on propose aux plus pauvres.
Suivre l'envie d'intervenir sur la souffrance muette de ceux qui ne sont pas demandeurs.

Généalogie de l'envie d'intervenir (suite)

Faire émerger la souffrance que l'on n'aurait plus la liberté de taire.

Pouvoir capter par la force de l'intervention d'urgence celui qui refusait de se laisser faire.

Se faire déléguer par la porte de l'urgence, le droit de prendre en charge, le droit d'assister.

Materner, crouler sous les tâches médico-sociales sans jamais voir le bout, cette nécessité douce-amère qui confisque le temps de penser, qui peut-être, protège aussi du savoir sur soi et excuse de ne plus penser la politique.

Faire avancer ceux qui sont encore dépendants de l'assistance des services. Un peu comme des enfants balbutiant que l'on élève vers l'autonomie, vers la maturité personnelle, vers ce qui reste de l'ascenseur social.

Lutter contre le bruit de fond eugéniste

Pourquoi cette envie, ce devoir de protéger et prendre soin du faible souffrant qui normalement dans l'ordre naturel et la dure loi de l'évolution des espèces devrait disparaître au profit des individus les plus forts, ceux qui gagnent ? Pourquoi cette organisation sociale qui pervertit l'ordre naturel si cher à ceux des eugénistes qui croyaient (ou croient) que les « tares et déficiences physiques et sociales » sont héréditaires.

Dés lors, intervenir pour aider les personnes « faibles et déficientes » à vivre signifie aussi l'appartenance à un camp idéologique. Celui de ceux qui pensent et qui ont prouvé que *l'amélioration de la race* passe par l'amélioration des conditions de vie, l'accès à l'éducation, la prévention, l'accès aux soins et aux services et prestations sociales, la réduction des inégalités. L'envie d'intervenir témoigne alors que l'on s'oppose à la croyance de l'hérédité biologique des tares et des déficiences, qu'il n'y a pas de sous-hommes mais des lignées d'hommes et de familles maltraitées.

La ou/les politiques publiques qui autorisent ou mandatent les agents publics ou les sous-traitants associatifs

Dans le cadre des envies de nos représentants qui font la loi

républicaine et ses applications réglementaires : droit commun, laïque, en principe égalitaire, l'État est le garant de la santé et de la sauvegarde des gens sur un modèle médical de plus en plus humanitaire. Les envies d'intervenir des opérateurs mandatés seront la résultante complexe de : missions exercées par l'État seul ou avec, ou par les élus territoriaux, plus la culture et l'état d'esprit de l'institution chargée d'intervenir, plus des variables d'équipes, plus des variables personnelles plus ou moins stabilisées liées aux événements des vies privées de chaque intervenant.

Ce regard de diagnostic, de surveillance, ce discours de l'injonction, cette envie, ce désir, cette pratique de l'intervenant posent bien des questions.

Sont-ils :

Le fidèle reflet représentatif de l'envie collective ? Soigner vraiment, soigner pour ne pas tuer ?

Un contre-feu aux effets « déglingnants » de la société dont on pourrait penser que c'est son organisation politique et sociale qui crée largement les problèmes alors que, dans le même temps, elle génère

cette coutume nouvelle, cette fonction moderne du travail social, médico-social, psychosocial ?

Une production d'injonctions contradictoires, donc facteur de risque de folie quand le système qui vous fait mal vous enjoint aussi d'aller bien et paye les interventions supposées soignantes et préventives ? La même société voudrait-elle réparer ce qu'elle continue à vouloir abîmer ?

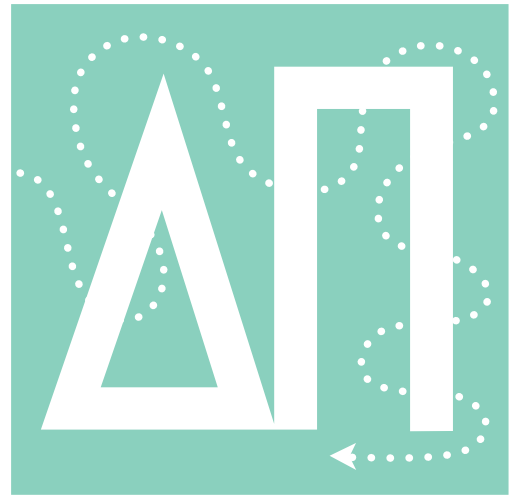
Une marque accusatrice et réparatrice des contradictions blessantes de la société, à moins qu'elles ne soient les accessoires nécessaires à la stabilisation et l'efficacité productiviste et inégalitaire ?

Une envie sincère d'empêcher l'autre d'avoir trop mal même si l'on est l'un des agents de l'organisation sociale qui lui fait mal ?

L'immense espace des services, emplois disponibles où l'on intervient pour gagner sa vie ? Et puis et puis...

En conclusion

Après cet étrange voyage dans le paysage incertain de la physiologie secrète des envies d'intervenir, rassurons-nous. Les envies sont de plus en plus sous surveillance. Capables de soulever des montagnes, elles risqueraient aussi de produire le pire. L'envie professionnelle d'intervenir est solidement bridée et standardisée par la loi et par les procédures méthodologiques, professionnelles, déontologiques, éthiques, les codes et chartes associatives. Ce qui reste voudrait tendre vers



« un risque zéro » de se tromper et de mal faire à court, moyen et long terme.

L'envie d'intervenir des proches, des bénévoles a, spécialement en France, mauvaise réputation chez les professionnels et les gardiens de la loi. Leurs bénéficiaires secondaires à eux sont suspects en pays laïc. Les envies d'intervenir des professionnels, si et tant que l'on peut en payer, paraissent de « meilleure naissance » bien qu'elles soient dans l'incapacité définitive de pouvoir tout réparer.

Heureusement l'envie d'intervenir ne dispose pas de toutes les libertés, ce qui peut toujours laisser espérer que l'on pourrait mieux faire. ■

Obligations de soin, obligation d'assistance et contrôle social

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre, Chef de service
hôpital Esquirol,
Saint Maurice (94)

La psychiatrie est née au 19^{ème} siècle d'une triple obligation politique : soigner, assister, maintenir l'ordre public, qui sont autant de fonctions générales de l'émergence de l'état social moderne. Elle est de ce fait constitutive de ce qui fonde un état de droit. Cet équilibre entre médecine, social et droit explique la difficulté à remettre en cause structurellement la loi du 30 Juin 1838 sans repenser la nature de l'état.

C'est dans ce cadre que nous sommes appelés à concevoir les rapports entre soin, assistance et contrôle social ; quand un de ces éléments devient socialement prioritaire, les deux autres en sont modifiés, créant une interpellation générale des modes de fonctionnement de la société.

Or la pensée économique néolibérale (représentée en France par le MEDEF) s'active à remettre en cause les grandes fonctions régaliennes pour élargir le marché concurrentiel et instaurer de nouveaux modes de régulation. Le droit du travail, la protection sociale, l'égalité devant le soin sont violemment attaqués au nom de l'efficacité économique. La consommation de soin et sa distribution prennent donc le pas sur les besoins collectifs de solidarité et la notion de service public, la fonction d'ordre public et de contrôle social restant assurée par l'Etat. Le site du ministère de l'intérieur qui met la maladie mentale comme une cause de dangerosité sociale est exemplaire de ce point de vue.

Ce constat est au cœur d'une question que nous avons peu travaillée : celle des droits des personnes en grande précarité psychosociale. Nous nous sommes contentés de répondre à ceux qui nous objectent la psychiatrie de la misère face à notre intervention auprès des exclus par l'argument d'humanité et de dignité de tout sujet (ce qui est fondamental !).

Nous l'abordons aujourd'hui, avec une difficulté majeure : le droit, pendant un siècle et demi, a fait du fou et du vagabond des sujets sans droits. Si la sécurité sociale a réintroduit la citoyenneté par celle d'ayant droit quand le sujet travaille, le RMI a ouvert un statut d'ayant droit conditionnel quand il est sans travail de façon durable ou n'ayant jamais trouvé place dans les circuits du travail (jeunes, malades chroniques, sans papiers...).

Notre intervention auprès de ces sujets qui, au mieux, relèvent de ce droit conditionnel à un revenu d'existence limité, pose des difficultés pratiques considérables car :

- La précarité d'inscription dans la vie sociale (domicile, travail, ressources, culture, genre) limite cette dimension conditionnelle aux politiques sécuritaires qui stigmatisent ces sujets du côté de la dangerosité sociale et du désordre (public et privé).
- Les critères administratifs, qui déterminent l'accès aux soins, l'emportent sur l'humanité et la citoyenneté reconnue : être en détresse psychique, en chômage de longue durée, sans domicile, demandeur d'asile, jeune beur de banlieue, femme isolée avec enfants...est l'assurance d'avoir à effectuer un parcours du combattant pour faire reconnaître ses droits.

La clinique psychosociale que nous revendiquons se construit à partir de toutes ces situations multiples et interroge le sens de cette notion de souffrance psychique, d'une politique de santé mentale articulée au travail de la psychiatrie.

La stigmatisation, la disqualification qui accompagne les parcours de désaffiliation ont des conséquences pratiques considérables dans l'accès et la réalisation des soins.

Citons en quelques unes :

- L'augmentation générale des HO¹ en psychiatrie (de 5000 à 7000 en deux ans en France), les SDF et les sans-papiers en sont les premiers touchés (2/3 des HO dans notre service du centre de Paris).
- La réticence des médecins généralistes à traiter des patients dans un contexte de critères administratifs, y décelant (non sans raisons) une atteinte à la relation médecin/malade.
- La connexion des fichiers dont on ne sait pas à quel moment elle est privative de liberté.
- Le peu de logements sociaux disponibles et la substitution à la nécessité d'une politique publique dans ce domaine de programmes d'hébergements d'urgence limités dans le temps.
- Le peu de lisibilité de l'accès aux droits pour les intervenants eux-mêmes et l'absence d'action publique significative dans ce sens.

Ces facteurs tendent à fixer le sujet dans un statut de victime, à le culpabiliser, sans aborder sur le fond ce qui fait justice sociale.

L'idée que nous nous faisons d'une politique de transition de la psychiatrie traditionnelle vers une psychiatrie dans la communauté nous opposent absolument aux projets de loi Perben/Sarkozy qui transforment tout sujet précaire (quelle que soit la cause de cette précarité !) en délinquant potentiel, suprême forme d'aliénation du sujet.

Obligation de soin et obligation d'assistance ne sont possibles que dans la démocratie sociale, sinon elles deviennent un enfer d'aliénations nouvelles pour le sujet.

Les pratiques que nous tentons de mettre en œuvre sont un cadre d'entre-deux où nous « bricolons » des réponses, ouvrons des espaces de négociation là où

¹ Hospitalisation d'Office.

Obligations de soin, obligation d'assistance et contrôle social (suite)

il y a prescription d'ordre administratif, de filières (réalité de nombreux réseaux).

Nous retrouvons là un débat qui a traversé les années 70 quand la psychiatrie de secteur a été

de cette contradiction qui traversait les pratiques.

Ce débat reste d'actualité avec une évolution de ce qui le fonde sur le plan sociopolitique :

la définition d'une politique de santé mentale).

Ce système est passé d'une normalisation des conduites corporelles et matérielles (années 70) à celle de « bonne forme mentale » vers laquelle nous devrions appliquer de « bonnes pratiques ».

Elles nous amènent à soutenir que l'obligation de soin n'est pas la mise à l'écart de la dangerosité sociale, mais une tentative de négocier avec le sujet et son environnement ce qui nécessite des soins. Elle est une contrainte raisonnée faite au sujet pour un temps court afin qu'il retrouve une filiation à un lien social.

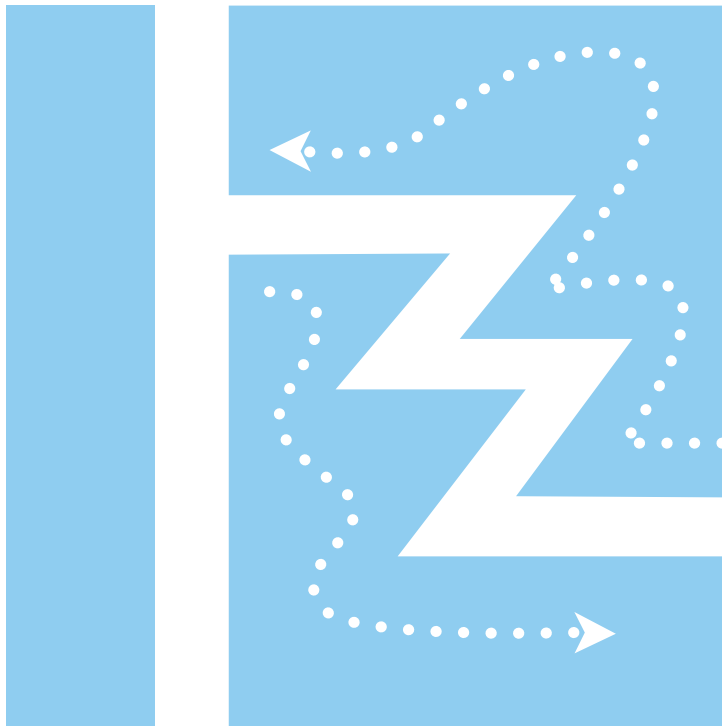
Chacun a droit dans cette perspective à des soins personnalisés et à des mesures passagères d'assistance.

La réciprocité dans l'échange relationnel, la reconnaissance de la souffrance du sujet et de ses causes, l'égalité devant les soins, la prise en compte de besoins de populations sont autant de critères qui fondent un service public universel.

Le travail avec les tiers est déterminant pour qu'une clinique du lien opère. Il ne peut se constituer à travers une « bonne pratique administrative » mais à travers des relations de connaissance réciproque.

Ces sujets en souffrance sont des citoyens qui ont évidemment des devoirs par rapport au droit général (encore faut-il que celui-ci les reconnaisse comme sujets de droit à part entière !) mais aussi des droits en tant que sujets sociaux. Nous devons travailler cette question plus avant en faisant appel à des juristes, des avocats, des techniciens du droit administratif. Cette réflexion est une ouverture vers celle de justice sociale.

La politique de secteur psychiatrique, à vocation sociale, désaliéniste, et un autre regard sur la folie y retrouve ses fondamentaux de politique de santé mentale. ■



dénoncée comme outil de contrôle social. La réponse, à l'époque, s'est inscrite comme une prise en compte dialectique de ce qui fait contrôle social : la rencontre entre ce qui fait pure répression et ce qui permet une organisation policée².

Il s'agit de penser le dispositif dans sa fonction démocratique sociale comme une organisation qui produit du contrôle social au profit de tous ; c'est ce qu'ont tenté un certain nombre d'équipes de secteur pour échapper au contrôle répressif. D'un côté il y avait la possibilité de négocier la place du soin avec les intervenants de terrain, de l'autre la toute puissance de la tutelle administrative préfectorale au service de l'ordre public, le maintien des procédures d'internement dans une finalité de contrôle de dangerosité sociale étant l'objet de la dénonciation. La politique de secteur a permis d'explorer les différents termes

• l'instrumentalisation de la psychiatrie du côté d'un ordre sécuritaire est devenu une perspective qui dépasse la psychiatrie pour en faire une politique sociale généralisée. La tutelle s'appuie sur la gestion de la rentabilisation économique pour donner sens au contrôle des nouvelles « classes dangereuses » que sont tous ceux qui échouent dans la réussite sociale individuelle. La souffrance psychique devient ainsi un objet d'ordre public.

• en opposition, la souffrance psychique révèle la prise en compte du subjectif individuel et collectif posant la question de ce qui fait symbolisation de lien social. Le secteur, dans ses principes fondateurs, introduit cette dimension de symbolisation d'un ordre social élaboré collectivement, comme une tentative d'échapper à ce qui fait système répressif dans le contrôle social (c'est le sens que nous mettons à

² Dans le sens de la cité grecque (NDLR)

La protection de la personne en droit comparé

Elisabeth DOLARD

Docteur en droit - Lyon

En France, de nombreux dispositifs législatifs garantissent la protection de la personne, tant sur le plan civil que sur le plan pénal.

Emanant de l'Autorité Parlementaire (Assemblée Nationale et Sénat), ils sont promulgués dans l'optique de porter assistance aux plus démunis. Les lois de sauvegarde de justice, curatelle, tutelle (permettant aide ou représentation en ce qui concerne les incapables majeurs) ont été relayées par les droits des malades (la loi du 4 mars 2002 est l'exemple le plus récent) et les droits des personnes handicapées (la loi du 30 juin 2004 vient également actualiser les mesures plus anciennes).

Mais c'est sur le plan pénal, que les mesures sont les plus représentatives, puisque, pour la première fois, le Code Pénal du 1^{er} mars 1954 a défini juridiquement la notion de vulnérabilité, précisant que l'origine peut en être l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psy-

chique, voire l'état de grossesse. Celle-ci entraîne l'accroissement des sanctions à l'encontre des personnes qui abusent sciemment de cette fragilité pour commettre des infractions, tandis qu'il est prévu un délit spécifique de discrimination en raison de l'état de santé (notion apparue en 1980 dans les années Sida).

Tout autre est le système juridique anglais qui se base sur la notion de précédent, beaucoup moins sur celle de codification telle que nous l'entendons. Dans une vision libérale et pragmatique, toute personne s'estimant lésée peut saisir la juridiction compétente. On attache une importance primordiale à l'initiative individuelle, héritage de l'Habeas Corpus (voté en 1679 pour éviter toute arrestation arbitraire d'un sujet) auquel les anglais sont très attachés. Une fois saisies, les juridictions statuent selon les normes jurisprudentielles définies antérieure-

ment, le litige n'étant porté à la Cour Suprême qu'en cas de difficulté persistante.

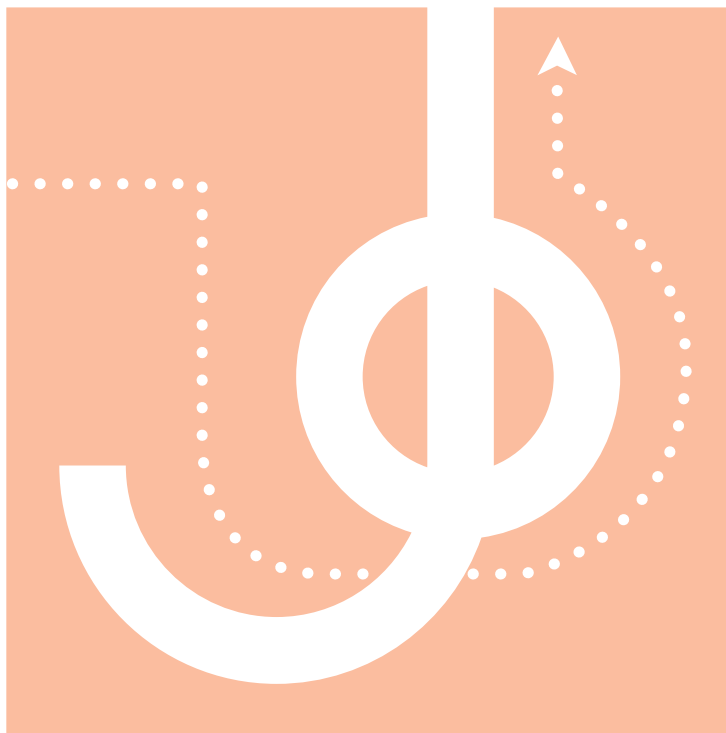
La Common Law est donc assez distincte de notre système législatif. Fondée sur la volonté et l'adhésion de l'individu, elle se montre souvent hostile à tout système contraignant les références culturelles distinctes qui ont leur poids évident dans ces différences d'approche. Elles posent pourtant la question de l'accessibilité au droit : que signifie celle-ci pour une personne en crise ? Doit-il lui être fait injonction de soin en cas de pathologie persistante ? Peut-on envisager une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers (historiquement appelée internement) en cas de défaut de maîtrise totale ou partielle ?

Les questions de droit comparé concernent actuellement, pour beaucoup, la procédure pénale, à savoir la distinction entre la procédure accusatoire (anglaise) où les partis doivent instruire chacune à charge et à décharge, et la procédure inquisitoire (française) où le juge est investi de ce rôle pour le dossier. C'est la raison pour laquelle la loi Perben (dite Perben 2) entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2004 paraît une dérogation à notre système français ; en instituant la possibilité pour l'auteur d'un délit de « négociier » directement avec le Ministère public et d'accepter la sanction proposée (s'il se reconnaît coupable et s'il ne peut être puni que d'une peine maximale de 5 ans), on semble s'acheminer vers le modèle anglo-saxon.

En sera-t-il de même en droit de la santé ? Espérons que non, car les garanties de la personne en souffrance, nous semblent inférieures. ■

¹ NDLR. L'obligation de soin sans consentement existe cependant au Royaume Uni, étroitement encadrée par la Mental Health Act Commission.

Cependant, elle est davantage axée semble-t-il sur l'objectivation de l'impossibilité du consentement et sur les droits de l'homme plutôt que sur la nécessité d'accès au soin et de surveillance médicalisée.



Le contretemps

Instant banal, mais singulier, que celui où l'on consulte et se décide ainsi à devenir "patient". Quoiqu'il en soit de ce qui a précédé cet instant - pauvreté ou aisance, surmenage professionnel ou désespérance du chômage, malaise récent ou mal-être prolongé - et quoi qu'il arrive ensuite - seconde consultation, errance médicale, suivi interminable ou hospitalisation - il s'agit d'un instant singulier, propre à chacun, et d'une décision qui n'appartient qu'à celui qui la prend.

Docteur Noëlle LASNE
Médecin généraliste - Paris

Consulter, c'est quelquefois s'exposer à la perte d'un équilibre antérieur, un équilibre presque écologique entre le mal, la gêne qu'il déclenche et les bénéfices que l'on en tire. Mais ce peut être aussi, au contraire, un temps consacré à renforcer et conforter un statut de malade. L'intervention du médecin, la façon dont il va se saisir de cet instant, sont dans tous les cas, déterminantes. Cet instant fait, de toute éternité, l'objet d'un dialogue de sourds entre les médecins et leurs malades.

Du côté des médecins, la volonté est affirmée de faire de l'instant de la consultation le point de départ d'un autre temps, où ils régneraient en maître en établissant des priorités, et en proposant un nouveau calendrier du corps.

Tout le système médical est organisé de cette façon : c'est l'objet des consultations sur rendez-vous, des suivis systématiques ordonnancés tous les mois ou tous les trois mois, qui s'inscrivent en dehors de la démarche propre du patient. C'est l'objet de l'organisation des prises en charges en hôpital de jour, avec la compression de toutes les explorations sur une seule journée, et ce que cela représente pour le patient de sollicitations répétées et d'épuisements en raccourci. C'est l'objet d'une culture parfois religieuse de la prévention, qui viserait, en intervenant avant que la maladie ne soit là, à instaurer l'état de

santé permanent. C'est enfin l'objet de l'intervention médicale dans son ensemble, qui tente en vain, mais en permanence, de trier le bon grain de l'ivraie et de séparer ce qui nécessite une réponse médicale urgente et ce qui peut attendre.

Mais ce qui peut attendre attend-il ?

Chaque médecin est confronté, au quotidien, au temps propre de son patient, de celui qui est là avant qu'il n'arrive ou qui

venir, ou à intervenir le moins possible, parce qu'il situe son intervention dans la durée et qu'il dispose pour observer son patient d'une certaine profondeur de champ.

En situation extrême, le médecin ne dispose pas de cette profondeur de champ. Il est sommé de gérer un temps utile, qui n'autorise pas l'élaboration d'une relation dans la durée, mais impose la mobilisation autoritaire du patient. Chaque geste, chaque

élément, chaque démarche, doit contribuer à rapprocher le patient du système de soins dont il se trouve éloigné. La question de l'intervention reste donc pressante et conserve un caractère indiscutable.

L'intervention devient un devoir moral qui ne peut être différé. La délivrance des soins se confond avec

l'arrivée des secours. Autoproclamée droit d'ingérence, l'intervention n'a plus besoin d'être sollicitée. Elle supprime le sujet sans difficulté et sans débat.

Dans un contexte où tout fait obstacle à une prise en charge ordinaire, le médecin tente de raccourcir la trajectoire, voire de supprimer la distance. Il s'installe en amont, dans l'espoir d'être là avant la victime, de la devancer en quelque sorte. Il ira dans la rue, sur le trottoir, au plus près. Il s'investit dans des interventions dites "de proximité" auprès de cette population : ce sont les boutiques ou lieux de "premier" accueil, les structures ambulantes - bus, camions - ou la distribution de prestations médicales directes dans la rue. De façon para-



pousse encore la porte au moment où il s'en va, et qui consulte à contretemps, selon un calendrier qui échappe à toutes les grilles. Alors que tout est organisé pour qu'il programme l'ordre de ses plaintes, le patient qui tire la sonnette se saisit d'un instant, et d'un seul, et c'est lui seul qui s'en saisit.

Ainsi, dans la pratique médicale ordinaire, le praticien expérimenté se plie t-il peu à peu, bon gré mal gré, aux désordres et aux contretemps de ses patients et aux aléas de la rencontre humaine qui se développe dans la durée. L'expérience incite non à développer, mais à réduire son intervention. Le savoir-faire allège les prescriptions et raccourcit les ordonnances. Le savoir-faire peut amener le praticien expérimenté à ne pas inter-

Le contretemps (suite)

doxale, la proximité devient une valeur en soi, sans que l'on se préoccupe de savoir si elle permet la rencontre, ou si elle l'interdit définitivement. Par le biais d'organisations humanitaires, associatives ou parapubliques, se construisent des lieux qui désignent ces patients et fonctionnent comme des phares, en émettant des signaux. Emanant des professionnels du soin vers



les populations à la marge, ces signaux leur indiquent qu'elles peuvent venir consulter, et réalisent une sorte de guidance, en balisant par avance le chemin à suivre. Toutes les conditions de succès de l'entreprise sont alors réunies : accès gratuit, délivrance directe de médicaments, prise en charge sociale.

Mais au nom de la proximité, on cesse alors de garantir les valeurs propres à l'exercice médical, - le respect de l'intimité des personnes, l'exercice d'une clinique rigoureuse, l'accès à des prestations de qualité -, pour prodiguer des soins médicaux au rabais. En acceptant d'être un intervenant de passage, on renonce à la durée. On encourage ainsi ces patients à se satisfaire de dépannages sans conséquences et sans lendemain. **On ne s'y prendrait pas autrement si l'on voulait les dissuader d'entreprendre une démarche de soins.**

Ainsi se referme la logique des extrêmes. A ceux qui sont privés de ressources, de domicile, de confort, d'intimité, le médecin propose une médecine gratuite et anonyme délivrée sur le trottoir. Une prestation de privation

en quelque sorte, une réplique exacte de la misère. La médecine de rue procède d'une logique d'enfermement des intéressés dans la pauvreté et réalise le premier ghetto en milieu ouvert. Unité d'action, unité de lieu, unité de temps : cette logique est identique à celle de la tragédie dont elle respecte les règles. Elle maintient de façon efficace les plus précaires à l'écart du système de soins. **En cela, elle fonctionne comme une véritable métaphore de la pauvreté.**

Quelque chose pourtant demeure imprévisible dans cette tragédie. Une sorte de contrepoison. A moins que ce ne soit un contretemps. Les plus pauvres viennent consulter à l'instant de leur choix. Les plus pauvres résistent à l'injonction qui leur est faite de se soigner plus vite, plus tôt que les autres. Parce qu'ils sont avant tout occupés à survivre comme d'autres le sont à travailler, les plus pauvres refusent de considérer que la santé est une priorité absolue. "Je viendrai, mais je n'arrive pas à venir". Ces mots, prononcés par une femme toxicomane rencontrée dans la rue par les équipes d'une organisation humanitaire, chacun d'entre nous peut s'en saisir. A l'image du reste de la population, les personnes en situation de grande pauvreté vont tenter, quoiqu'il arrive, de conserver l'initiative de cette décision. Malgré tout ce qui sépare une personne de son propre corps, malgré tout ce qui l'éloigne du système de soins, malgré ou peut-être grâce à la distance qui reste à parcourir, ces personnes manifestent leur volonté de devenir librement des « patients ».

Et ce d'autant plus qu'elles sont, plus que toutes autres, privées d'alternative, et qu'elles auront à affronter, au sein même de la relation médicale, des obstacles multiples : manque de ressources, difficultés d'accès aux droits, décalage entre la précarité quotidienne et les exigences du suivi médical.

L'extrême pauvreté dévalue le temps : les journées ne sont plus scandées ni par le travail, ni par

l'activité, et chacun doit réinventer une vie adaptée aux circonstances, alors même que les soutiens familiaux ou amicaux sont très érodés. Cette **création** concentre toutes les forces de l'intéressé. Refuser de voir au-delà de la journée qui vous attend, c'est quelquefois nécessaire au maintien de la cohésion de sa personne. Inversement, faire perdurer un statut précaire, faute d'espérer un processus, une évolution, peut également avoir un effet protecteur. Dans les deux cas, le temps est immobile. Consulter, c'est rentrer dans un temps en mouvement, mais c'est aussi rendre les armes et renoncer à ordonner une vie qui, aussi précaire soit-elle, est, à cet instant là, sa propre vie.



Les personnes en situation de grande pauvreté ont donc, plus que d'autres, en raison des conditions d'asservissement qu'elles subissent, des raisons de s'efforcer de conserver l'initiative de consulter, et l'exercice étroit de leur libre arbitre. Ces patients sans alternative s'approprient alors le seul choix qui leur reste, l'instant où ils sont sujets, c'est à dire l'instant de consulter. ■

Après l'effet canicule, réflexion sur le fondement éthique d'un réseau gérontologique

Même si l'été 2003 n'a pas été marqué à Grasse par un accroissement des décès de personnes âgées par rapport aux années précédentes, le « cauchemar » de la canicule au niveau national a imposé en 2004 que l'on prenne, comme ailleurs, des dispositions pour préserver les personnes jugées les plus fragiles. Dans certaines communes du bassin grassois, des réunions de concertations ont eu lieu avec différents partenaires des institutions de retraite, des associations de soutien à domicile, des associations de bénévoles ; des campagnes d'informations ont été menées auprès des professionnels du domaine médico-social et directement auprès des personnes âgées.

Martine TANGUY
Responsable Action Sociale, Conseil « Développement de réseau », Hôpital de Grasse (06)

L'efficacité d'un plan canicule local reposant sur la prévention, les municipalités ont eu pour mission de repérer les personnes « à risque ».

Les logiques préventives étant encore très peu développées, rapidement se sont posées une série de questions avec des attitudes contradictoires : aider systématiquement ? Ou non ? Comment anticiper ? Comment travailler ensemble sans obliger les personnes âgées ? Comment mobiliser et coordonner les différents acteurs ?

Ces différentes actions ont permis de repérer les potentiels locaux, de mesurer le niveau de mobilisation en cas d'alerte, mais surtout de « booster » de nouveaux modes d'intervention en réseau.

L'éthique du choix

La question de l'intervention ou de la non-intervention doit être rapprochée des notions d'adhésion et de participation des personnes. Il ne s'agit pas seulement d'apporter, voire d'imposer une assistance. La personne âgée doit être « co-réalisatrice », son implication est nécessaire, elle est en effet la seule à avoir l'expérience du service rendu.

La notion d'usager se développe, la participation de la personne âgée à sa prise en charge est affirmée. L'un des principaux critères de la dernière loi sur l'action sociale et médico-sociale¹ étant celui du développement de l'autonomie des bénéficiaires, il reste encore à construire la structura-

tion de cette nouvelle approche vers plus de concertation avec les personnes âgées, leurs proches, mais également entre professionnels.

Sur le plan médical, en cas d'urgence, le médecin peut passer outre le défaut de consentement², mais l'appréciation de l'urgence est subjective et se fait au cas par cas. Les professionnels, assistantes sociales ou psychologues, doivent s'efforcer avant tout de rechercher ce que la personne peut comprendre de sa situation et obtenir un consentement aussi clair que possible en tenant compte du contexte médical.

Le problème du libre choix de la personne âgée est très vite apparu comme central dans la mise en place de ces actions. D'ailleurs au niveau national, il a fallu légiférer a posteriori sur les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées bénéficiaires d'un éventuel plan d'alerte afin de garantir leurs droits, la demande devant émaner de la personne elle-même ou son représentant légal³. En attendant le décret, suivant les communes, les listes s'établissaient systématiquement, à la demande de la personne elle-même ou d'un proche ; parfois la police municipale a effectué des visites alors qu'ailleurs seuls les professionnels médicaux et sociaux étaient en alerte...

L'éthique de la discussion

Comment concilier devoir d'assistance et préservation de l'autonomie ?

Le droit part du principe qu'en général, chaque personne est libre et responsable, donc autonome à partir du moment où elle possède ce que l'on appelle le discernement. Mais comment l'apprécier sinon par des questionnements professionnels croisés. La personne a-t-elle une faculté de compréhension suffisante au moment de prendre sa décision ? Si oui, la personne est-elle capable de faire évoluer son discernement dans le temps ?

Quand le consentement est impossible, nous devons solliciter le consentement d'un proche, conformément à « la théorie des protecteurs les plus naturels, ou

la théorie du proche le plus proche » retenue par le droit.

On peut parler d'« éthique de la discussion », c'est l'argumentation collective avec la personne âgée et ses proches qui doit rester le « fondement moral » du réseau gérontologique.

Dans le cas des personnes âgées démentes, il apparaît illusoire de parler de consentement de la personne, particulièrement quand le diagnostic est tardif, ceci ne nous dispense pas d'une écoute, d'une information adaptée et d'un accompagnement, si difficile soit-il, de la personne.

La plate-forme gérontologique de Grasse concrétise l'alliance d'un CLIC⁴ et d'un réseau de santé. La coordination des réflexions et des analyses facilite l'élaboration d'une « culture commune », le recueil des besoins collectifs et des attentes, ainsi que la synergie des actions à l'échelon local. Il s'agit aussi d'assurer une lisibilité de l'information aux personnes âgées et aux familles avec un lieu bien identifié et un personnel bien informé sur toutes les possibilités.

Un autre mode d'intervention très utilisé est la médiation ; il s'adapte particulièrement bien au temps de réorganisation nécessaire autour d'une personne âgée dépendante, ou en risque de dépendance, lors d'une situation de crise. Ce type d'intervention revêt un caractère pluridisciplinaire et s'inscrit dans le respect maximum du choix de vie de la personne âgée ; il s'agit en effet, en cas de refus d'intervention, de négocier une entente équitable faisant l'objet d'un consentement libre et éclairé de la part de la personne âgée estimée en danger. Comme pour les autres professionnels de la gérontologie, l'intervention des psychologues ou des assistants sociaux ne peut plus se concevoir uniquement dans la dimension individuelle, mais s'inscrire dans une dynamique de réseaux avec la réalisation de projets collectifs en favorisant la logique préventive. L'exercice des droits des personnes âgées, tout comme l'amélioration de leur qualité de vie, reste un enjeu majeur. ■

¹ Loi du 2 janvier 2002.

² Le principe est déterminé par l'article 16-3 alinéa 2 du code civil : « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état de santé rend nécessaire une intervention ».

³ Décret n° 2004-926 du 1^{er} Septembre 2004.

⁴ Comité Local d'Information et de Coordination

Vignette d'un élu : à propos d'une situation d'incure chez une personne âgée

Bruno PHILIPPE

Adjoint au Maire,
Délégué à l'action sociale,
la santé et la prévention
Mairie de Sceaux (92)

Les faits
Logée par l'office d'HLM d'une ville moyenne de la région parisienne, cette personne de 71 ans vit seule, sans famille, si ce n'est un fils clochard qui semble passer plus de temps pour la dépouiller que pour autre chose. Les pompiers, alertés par les voisins pour des fuites d'eau importantes et à répétition, découvrent que les robinets sont restés ouverts dans son appartement (elle ne savait pas « qui les avait ouverts »). Ils découvrent aussi que cette dame vit dans ses excréments, au milieu de « tonnes » de sacs, de cartons, de vêtements... et qu'elle présente des problèmes d'alcool et des troubles de raisonnement. Pourtant elle sort pratiquement tous les jours de chez elle, avec une démarche discrètement titubante, mais bien mise et digne.

Les pompiers interviennent donc à son domicile, de même que les services de maintien à domicile, ceux de la coordination gérontologique, ainsi que moi-même, l'élu à la santé de la ville, prévenu par les pompiers et par l'office d'HLM.

Habituellement, quand il y a une fuite d'eau, on appelle les pompiers, puis le plombier, mais ni l'élu ni les travailleurs sociaux. Cependant, lorsque les pompiers découvrent l'état d'insalubrité de l'appartement (le plombier ne pouvait pas entrer non plus), il n'était plus question de faire comme si on ne savait pas. L'incurie de cette vieille dame, ses effets sur le voisinage et son absence de demande deviennent un souci collectif.

Il y a des tas de gens qui ont une « apparence normale »... En fait, s'il n'y avait eu ces fuites d'eau à répétition, tout aurait continué comme avant, du moins un temps.

Les aides à domicile du service de gérontologie n'auraient alerté personne : il n'y avait pas de raison d'intervenir à domicile puisqu'elle se déplaçait.

Quant au médecin généraliste qui la suit, contacté, il aurait dit : « je n'ai aucune raison d'aller la

voir ; ça fait huit mois que je ne l'ai pas vue ».

Comment intervenir ?

Cette personne n'est pas en position de demander de l'aide, elle est dans une situation d'abandon d'elle-même. Je pensais, avec la coordination gérontologie, à la possibilité d'une HO (Hospitalisation d'Office) ou d'une HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Mais on n'a trouvé personne pour valider cette orientation et on nous dit simplement : « il faut programmer petit à petit une hospitalisation vers un moyen séjour pour pouvoir faire un nettoyage du logement ».

Comment soigner cette personne contre elle-même ? A part une douche... et encore faut-il pouvoir la donner. Il est vrai que si on emmène cette personne directement aux urgences, on ne va pas la garder ; sans demande, elle va faire illusion parce que si on la voit hors du cadre de son appartement, on ne comprendra pas le problème.

Quand l'élu « ne peut plus faire comme s'il ne savait pas »

Eventuellement il peut exercer un pouvoir, y compris celui de l'hospitalisation sous contrainte. A partir du moment où il sait, il doit prendre position. Il apprécie la situation ; soit il dit : « je ne bouge pas, il n'y a pas d'excrément (déli), c'est une simple fuite d'eau... il n'y a aucun danger pour la personne » ; soit il est convaincu que la personne représente un danger pour elle-même et qu'elle met en danger les autres, et il demande une HO. Mais il faudrait pouvoir mobiliser le secteur de psychiatrie et demander le passage d'un expert pour apprécier la situation. Il peut aussi demander une HDT.

Dans l'hypothèse d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, qui est le tiers ?

L'élu peut-il être le tiers ? C'est compliqué avec la nouvelle réglementation, mais tout est possible. Est-ce que ça peut être

l'office d'HLM ? En tout cas, celui qui peut intervenir doit être quelqu'un qui la connaît. Les voisins veulent bien la supporter, « à condition qu'elle soit aidée ». C'est compliqué.

S'introduire chez elle pour nettoyer son appartement constitue une violence, car cette personne n'a aucune demande ; mais ne rien faire est aussi violent... De plus, si elle a une pathologie psychiatrique ou une démence, il faut bien amorcer un accès au soin d'une manière ou d'une autre.

C'est justement parce qu'elle ne demande rien qu'il faut faire quelque chose pour elle. Mais ce qu'il faut faire pour elle n'est pas écrit dans les livres, on est obligé d'improviser.

Suites...

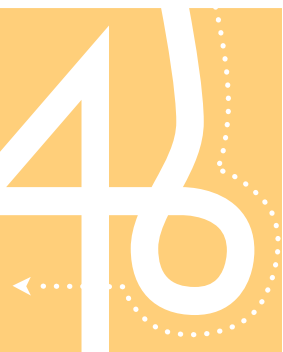
Nous, le réseau gérontologique et l'élu, avons convaincu cette dame de se faire hospitaliser, sans mettre en avant le problème psychiatrique. Pour de bonnes et de mauvaises raisons, son fils se serait sûrement opposé à une HDT.

Une fois hospitalisée en hôpital général, elle a accepté très volontiers de se faire soigner. Un expert psychiatre a été désigné ; sa décision a été de nommer un mandataire spécial. A la suite de cette interaction, cette dame a accepté un placement en maison de retraite médicalisée en psychiatrie.

Lucide sur son incapacité à retourner chez elle, elle est aujourd'hui décrite par le personnel comme agréable ; elle a pris ses différents repères, et se sent bien dans cette maison de retraite.

Avec son accord, le congé a été donné pour son logement HLM. Son dossier APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) a été rempli en septembre.

Elle a souhaité ne plus rencontrer son fils et ne pas lui communiquer sa nouvelle adresse par crainte d'être dépouillée. Toutes ces décisions ont été prises en concertation avec elle. ■



Une expérience de bailleurs sociaux pour éviter l'expulsion

L'OPAC de Villeurbanne gère environ 7000 logements de la région lyonnaise. Il est organisé en 3 agences de proximité. Certains locataires sont à l'origine de comportements qui troublent la tranquillité des résidences. Face à ce problème, l'OPAC a dû mettre en place une procédure pour tenter de traiter ces phénomènes. En effet, en qualité de propriétaire des lieux, il se doit d'assurer à ses locataires le calme et la tranquillité dans les immeubles disponibles à la location¹.

Aïcha MOUHADDAB
Directrice de la gestion locative à l'OPAC de Villeurbanne (69).

¹ Art 6 de la loi du 6 juillet 89.

Tout trouble causé par un locataire, qui vient perturber la vie sociale de l'immeuble et de ses habitants, doit faire l'objet, d'une part, d'une analyse détaillée et objectivée de la part du bailleur et d'autre part, d'une recherche du locataire responsable des troubles des solutions afin de retrouver au plus vite le calme.

Une procédure mise en place qui définit des étapes graduées de sanctions

Cette procédure est mise en oeuvre quels que soient les profils des locataires. Elle ne distingue pas dans son application les locataires ayant des particularités mentales, psychiques ou atteints de pathologies spécifiques.

Le cadre de travail est le contrat de location, seul lien juridique avec les locataires. La particularité de cette procédure réside dans la recherche nécessaire et indispensable d'une objectivation des faits et dans un système gradué d'intervention auprès du locataire responsable des nuisances.

Une commission mensuelle interne à l'OPAC étudie les dossiers des locataires responsables de troubles de voisinage. Les dossiers sont présentés dans cette instance à l'initiative des agences. Dans chaque agence, un agent d'enquête assermenté a pour objectif d'établir un diagnostic de la situation. Les faits sont formalisés. Le principal facteur de succès de ce type de démarche réside en fait dans la formalisation des événements et dans l'objectivation des faits rapportés et/ou constatés.

La procédure de traitement au stade de l'agence se décline en trois niveaux :

Niveau 1 : courrier de rappel au bail, pour indiquer au locataire, sur la base du contrat de location qu'il a signé, de respecter les lieux loués et ses voisins.

Niveau 2 : convocation en agence par l'agent d'enquête, suite à une lettre de mise en demeure avec accusé réception.

Niveau 3 : convocation en agence par le directeur d'agence. Les niveaux se succèdent lorsque les faits persistent, voir s'amplifient. Ils ont pour but d'expliquer au locataire que ses agissements ont pour conséquence de l'éloigner du cadre réglementaire dans lequel il doit être et de lui indiquer l'urgence qu'il a à réintégrer ce cadre.

Le dossier est transmis au siège, lorsque ces niveaux n'ont pas permis de faire stopper les troubles. La direction de la gestion locative prépare alors le dossier pour le transmettre à la Maison de Justice via le Parquet.

Le passage en Maison de Justice permet d'activer le « levier justice », rappel à la loi souvent plus significatif auprès du locataire, et d'avoir un regard neutre sur la situation présentée.

Un délégué du Procureur reçoit toutes les personnes concernées, dans le cadre d'une réponse judiciaire de proximité, en présence d'un représentant de l'OPAC. Il procède au rappel des obligations liées au contrat de location, en particulier celle de la responsabilité civile engagée par le/les signataire(s) du bail, y compris pour les occupants majeurs, et celle, essentielle, de vivre en « bon père de famille » et donc d'être le(s) garant(s) du respect de la tranquillité de tous. Il informe du risque encouru. Un procès verbal d'audition est rédigé. Des engagements peuvent être pris par les personnes en cause.

Les types d'affaires traitées relèvent d'infractions telles que dégradations, violences verbales, tapages, mais également des problèmes d'hygiène et de danger liés à la présence parmi ces locataires de personnes ayant des problèmes de santé mentale pouvant se manifester soit par de l'agressivité (verbale, dégradations de biens, etc.), soit au contraire par un retrait de la personne (isolement, problèmes d'hygiène dans le logement).

Si, après cette étape importante, les faits persistent, l'OPAC engage une procédure d'expulsion pour troubles de voisinage en vue d'obtenir la résiliation du bail.

Les limites de cette méthode face à des locataires présentant des pathologies particulières

Les difficultés de l'exercice résident d'une part dans la formalisation d'un diagnostic partagé notamment face à ce type de personnes, et d'autre part dans la mise en place des actions adaptées qui ne relèvent pas du champ d'intervention et de compétence du bailleur social.

Comment faire la différence entre un locataire en souffrance psychique et un locataire atteint d'une pathologie relevant d'un traitement psychologique voire psychiatrique ?

Pour le bailleur, lorsqu'il y a un trouble de comportement, l'urgence est que ce dernier cesse. Alors que l'expression d'un problème de comportement n'est bien souvent qu'un symptôme d'autre chose. Il serait indispensable d'analyser le processus qui a engendré cet état. Quel a été l'élément catalyseur, déclencheur ? Le rapport des habitants à leur logement dépend notamment de leur mode d'habiter, et surtout de leur insertion sociale.

Force est de constater l'extrême désarroi des bailleurs sociaux face à ces différentes situations. Une concertation inter-institutionnelle doit être activée pour permettre de croiser les compétences pour établir d'une part, un diagnostic partagé et d'autre part, définir les collaborations médicales et sociales à mettre en oeuvre, afin d'éviter l'expulsion de personnes nécessitant plus que d'autres un soutien et des mesures d'accompagnement adaptées.

A l'instar du partenariat établi avec le Parquet, l'OPAC de Villeurbanne souhaite pouvoir organiser des synergies avec les professionnels de la santé. Le dénominateur commun de cette collaboration reste le fait que nous sommes avant tout convaincus que le croisement des compétences permet sans aucun doute d'éviter le pire, c'est à dire, du côté du bailleur, l'expulsion pure et simple du locataire. ■

SUR L'ANNÉE 2003

• 100 familles ont été suivies pour troubles de voisinage (pour 7000 logements)

• 10 familles ont été concernées par des problèmes de troubles du comportement

• 4 dossiers ont été présentés en Maison de Justice

• 1 seule expulsion

Demeurant Partout, Intervenant Volontaire

Nicolas BÉRUT

Travailleur social,
Membre de Demeurant
Partout - Lyon

Demeurant Partout¹ est une association Loi 1901, créée en juillet 2001 en réaction aux carences des dispositifs d'accueil et d'hébergement d'urgence sur l'agglomération lyonnaise. Composée à l'origine d'acteurs sociaux, soucieux de dépasser l'impuissance de leur institution, et de personnes sans domicile fixe, souhaitant s'impliquer dans la recherche de solutions à leurs difficultés, Demeurant Partout est devenue une association de promotion du droit au logement.

Elle a fortement contribué sur Lyon à l'occupation de trois squats, appelés Lieux d'Hébergement Alternatifs (LHA), réponses "hors cadre légal" à l'urgence de situations que nous, travailleurs sociaux, croisons quotidiennement. Il nous a en effet semblé que l'obligation de porter assistance aux personnes en danger, rendait notre intervention légitime et nécessaire, malgré l'illégalité en droit de telles occupations. Nous avons d'ailleurs été confortés dans cette approche par un jugement du Tribunal d'Instance en date du 11 mars 2003, confirmé en appel, qui a accordé un délai exceptionnel d'occupation de 20 mois aux résidents concernés... et qui qualifiait Demeurant Partout "d'intervenant volontaire".

La naissance de cette association peut aussi s'interpréter comme une illustration des logiques contradictoires qui traversent le travail social, et une tentative de s'en affranchir.

La mission du travail social qui consiste à apporter une aide à des personnes en difficultés a été mise à mal par la défaillance du dispositif d'hébergement d'urgence, incapable d'honorer ses obligations d'assistance² ... Comment renvoyer à leur condition de sans-abrisme des populations pour lesquelles vous avez une délégation de service public qui vise justement à les mettre à l'abri ? D'une mission d'assis-

tance, le contenu de notre travail a glissé vers la gestion des files d'attente et la priorisation des publics, légitimant ainsi l'idée qu'une population (les SDF "classiques", les familles, etc.) serait plus légitime qu'une autre (les demandeurs d'asile, les isolés, etc.) à disposer d'un toit. Ce qui revient à affirmer qu'une partie des sans-abri doit accepter sa condition. Ce raisonnement aberrant est encore celui qui guide aujourd'hui les spécialistes de l'urgence sociale...

Dans le cadre d'un contrat de travail, la tutelle de l'employeur, lui-même contraint par la logique de prestataire dans laquelle les pouvoirs publics l'ont enfermé, est venu percuter à la fois notre conception individuelle du travail d'assistance mais également les fondements militants des associations employeurs... Comment concilier un projet associatif avec la pression de la commande publique qui assure par ailleurs la survie financière de votre structure ? Comment garder une capacité d'interpellation, sans risquer de compromettre

la pérennité du service ? Dans ces conditions, il a semblé plus facile à certains d'entre nous de créer une autre structure associative, moins dépendante des pouvoirs publics, par conséquent plus en phase avec notre éthique du travail social... et plus réactive d'un point de vue militant. Au risque de sombrer dans une certaine schizophrénie!

Une des raisons ayant contribué à la création de Demeurant Partout a été enfin la manière dont les pouvoirs publics ont traité la question de l'héberge-

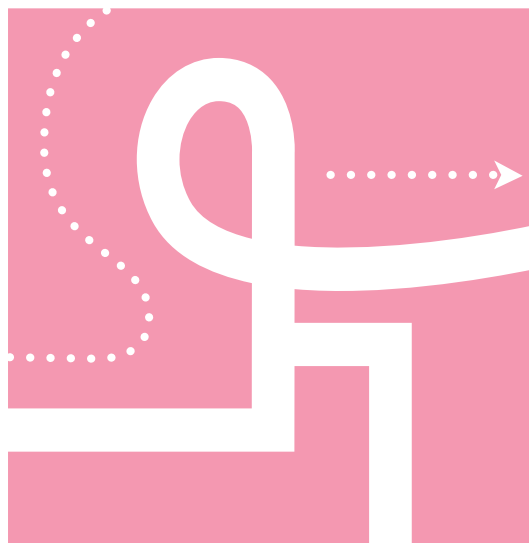
ment d'urgence. En particulier, la référence à l'importance de moyens a été maintes fois mise en avant par l'autorité administrative pour s'absoudre de l'obligation de résultat. L'incapacité du système à s'adapter à la demande a renvoyé systématiquement les acteurs de terrain à gérer individuellement une misère de masse. Comment accepter que les pouvoirs publics fassent porter aux travailleurs sociaux les carences du système, comme si ces derniers étaient en capacité de créer des places supplémentaires d'hébergement ? Comment répondre à une crise majeure du logement par du travail social ?

On ne remplace pas l'absence de politique par du technique. ■

¹ C'est par cette dénomination qu'étaient appelés, au Moyen Age, les Sans Domicile Fixe. Cf. La potence ou la pitié de Bronislaw Geremek.

² « Les réponses proposées par le dispositif [NDLR le dispositif d'urgence sociale] se fondent sur une obligation d'accueil qui doit tenir compte, en priorité, de la situation des personnes les plus vulnérables. Ces réponses doivent, également, être organisées de façon permanente tout au long de l'année et être adaptées régulièrement aux évolutions des populations et de leurs besoins. Un dispositif complémentaire, rapidement mobilisable, doit être prévu à l'avance, en coordination avec l'ensemble des intervenants de département, afin de pouvoir faire face à l'urgence climatique. »

Extrait de la Lettre de Mme Versini (alors Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion) adressée le 13 septembre 2002 aux Préfets de Région et de Département au sujet de l'urgence sociale.



Prévention, répression et éducation : le grand écart ?

Claude BOUCHET

Collège Rhône Alpes
d'Éducation pour la
Santé, Centre Régional
de Prévention du Sida,
Espace Régional
de Santé Publique

Un modèle de la prévention a fortement le vent en poupe jusqu'à occuper tout l'espace médiatique et à entraîner un nombre croissant de professionnels dans son sillage : celui de la dissuasion-sanction. Un modèle dont le cœur est la répression, qui se légitime en exposant des « données probantes » : baisse significative des accidents et des morts sur la route, réduction de la consommation de tabac...

Respect des lois, réduction significative des prises de risque et de leurs conséquences morbides... Enfin une prévention efficace qui est en passe de devenir une référence, un "gold standard" comme disent les anglo-saxons.

Cette politique de prévention s'appuie sur plusieurs volets

Une présentation claire des devoirs, des responsabilités des personnes

le code

une annonce sans fard des risques et de leurs conséquences

la vérité

la présentation et la mise en œuvre des contrôles, des sanctions

le pouvoir

la mise en place d'une éducation comportementale adaptée

l'apprentissage

le développement de dispositifs facilitateurs

le renforcement

la recherche d'une adhésion élargie dans la population

la communication avant, pendant, après.

Il s'agit donc d'un modèle intégré qui fonctionne dans le cadre d'une segmentation forte des risques permettant de focaliser les moyens sur des objectifs clairement identifiables.

Ce modèle est en phase avec une réorganisation des financements qui doivent être attribuables aux objectifs poursuivis. Enfin une évaluation possible des politiques en mettant en relation objectifs et moyens.

Donc : cohérence et efficacité.

Cette politique est le point d'orgue d'une évolution qui court déjà depuis plusieurs années avec une remise en cause progressive de la communication « à la française » (trop douce) comme des approches transversales et populationnelles (trop complexes, trop

floues, trop diffuses, trop difficiles à évaluer). Elle s'appuie sur un renforcement des méthodes de programmation en santé publique incluant une évaluation à tous les niveaux, l'évaluation finale (la réduction de la mortalité/morbidité liée au risque) validant in fine tout le reste. Toutes les pratiques seront rapportées à cette exigence d'efficacité visible, démontrable. Oui mais...

Ce nouveau paradigme de la prévention, qui devient aujourd'hui si populaire, dans la population comme chez certains professionnels, et chez les acteurs politiques, se confronte à des problèmes moins attendus

- Face à la réduction observée des accidents sur la route, comment penser la croissance importante des conduites sans permis, comment penser la persistance des conduites sous l'emprise de produits psycho actifs ? La solution sera-t-elle de criminaliser encore plus les conduites, de renforcer les contrôles, l'épée de Damoclès de sanctions aggravées ?

- Face à la réduction significative de la consommation de tabac, comment penser la croissance de la consommation de cannabis, l'évolution des modes de consommation chez les jeunes, les différences selon les milieux sociaux, le renforcement de l'économie parallèle ? Faudra-t-il élever encore plus les barrières légales, doubler les prix, renforcer la stigmatisation, viser l'éradication ?

- Face aux risques pointés dans l'agenda politique récent : obésité, alcoolisme foetal, accidents... comment ne pas renforcer la stigmatisation, le sentiment d'exclusion, ne pas « culpabiliser les victimes » ? Comment proposer des objectifs atteignables et non destructeurs ?

Il y a un vrai défi pour les professionnels de la prévention, de l'éducation pour la santé à réfléchir face à ce nouveau modèle dominant

- Défi pour en cerner les apports : recherche de cohérence, importance des déterminants environnementaux, enjeu de l'évaluation, principes d'organisation, implication du politique ...

- Défi pour en cerner les risques : vision unidimensionnelle de la prévention, conception des personnes comme immatures et

influçables (d'où l'enjeu du contrôle et de la communication violente), tendance à la réduction des personnes à leurs comportements, (effets de classification et de stigmatisation), dévalorisation des approches éducatives (réduites à l'apprentissage de normes et de comportements adaptés) transfert de moyens de l'éducatif et du social vers le répressif et la communication pour étendre les niveaux de contrôle...

- Défi pour en cerner les points aveugles : la complexité des comportements, le sens des prises de risques, les inégalités de ressources (capital social, culturel, économique...), les histoires de vie au-delà des changements ponctuels de comportements, l'importance des composantes économiques et politiques de la production des risques pour la santé.

Cette pensée dominante nous confronte aux dimensions éthiques et méthodologiques fondamentales

- Le souci d'effet mesurable des actions sur la morbidité/mortalité peut-il justifier tous les moyens ?

- Peut-on affronter la complexité de la santé en agissant de manière de plus en plus radicale, déterminant par déterminant ?

Il est temps de nous rappeler les valeurs qui fondent notre engagement en promotion de la santé : principe d'éducabilité, de liberté, valeur des choix personnels, valeur de l'échange et de la co-construction de savoirs, importance d'une orientation vers les capacités, les ressources des personnes, vision à la fois globale et relative de la santé, volonté de ne pas nuire (qu'en est-il de l'effet cumulatif des peurs, des perceptions d'insécurité ?), volonté de ne pas rester au niveau des symptômes, des problèmes, mais de s'attacher aux causes plus profondes, volonté d'adapter informations et propositions pratiques aux conditions réelles d'existence, aux besoins fondamentaux qui ont à voir avec l'identité, le respect, le support mutuel, les dimensions relationnelles...

Il est temps collectivement de mieux partager et faire reconnaître nos savoirs et nos savoir-faire pour ne pas nous laisser pétrifier par le climat actuel, pour (re)construire une (des) alternative(s). ■



Dispositifs cliniques mediums malléables pour jeunes en souffrance d'exclusion

Christis DEMETRIADÉS

Psychologue clinicien
en Mission Locale
Villeurbanne (69)

Dix ans après la parution du rapport « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », les espaces intermédiaires entre le social et le soin se sont multipliés en France et constituent progressivement un référentiel théorique et clinique qui incite à re-visiter nos théories du soin psychique et à interroger l'ensemble de nos pratiques cliniques.

Psychologue clinicien en Mission Locale pour l'insertion des jeunes 16-25 ans, j'accueille majoritairement des jeunes en souffrance d'exclusion, confrontés à des échecs répétés dans leur parcours d'insertion. Ils ont le plus souvent vécu d'importants événements traumatogènes à l'enfance ou l'adolescence. La scène de l'insertion réactive et révèle chez eux la crainte d'un effondrement narcissique. Nous assistons alors à une collusion entre l'espace intra-psychique, l'espace intersubjectif (déceptions, désillusions, violence dans les liens aux autres) et l'espace transubjectif (mobilisé par le processus d'insertion).

Le travail clinique consiste à permettre la « dé-collusion » de ces trois scènes. Il s'appuie à la fois sur la différenciation des dispositifs cliniques, qui permettront de « localiser » l'expérience traumatique et sur leur capacité à se relier aux autres dispositifs afin de résister à la destructivité et la violence mobilisées par cette différenciation. S'agissant de traiter d'un public qui se caractérise par la diffraction du transfert et le dépôt d'éléments explosifs dans l'intertransfert, il me semble, en effet, qu'une des conditions sine qua non de tout travail clinique est de penser à la fois la logique du dispositif et ses modalités de liaison aux autres lieux investis par le sujet.

Constatant que ces jeunes ont pour la plupart déjà rencontré des psychistes dans le champ du soin sans jamais réussir à tenir un lien avec un soignant, alors qu'ils investissent fortement le travail avec un psychologue en

Mission Locale, j'ai centré ma réflexion sur les particularités de ma rencontre avec eux, ce qui m'a permis d'identifier deux paradoxes constitutifs du dispositif clinique que je leur propose :

- la demande du jeune s'étaye sur une emprise plus ou moins contraignante exercée sur lui par son référent social. Le jeune reçoit en quelque sorte une injonction de venir de son propre gré ;
- le dispositif est confié à un psychologue clinicien qui reçoit par l'institution l'injonction d'accueillir la souffrance sans faire du soin.

Ces deux paradoxes soutiendraient-ils les capacités du jeune d'organiser à son propre rythme la représentation interne du lien à travers l'alternance des séquences d'absence/présence, ce qui pourrait, en partie, expliquer le fort investissement de ce dispositif ?

Le premier paradoxe, d'une injonction de venir de son propre gré, exprime le plus souvent une authentique préoccupation maternelle primaire du travailleur social à l'égard du jeune et peut ainsi contribuer à transitionnaliser la question de la violence fondamentale. Face à des jeunes qui jettent et cassent leurs jouets (leurs objets sociaux), l'emprise ainsi exercée par ce Tiers vient soutenir l'autoconservation et crée un espace où va pouvoir se conflictualiser, se jouer et se mettre en scène l'expérience d'étayage de l'emprise sur l'emprise exercée par l'objet. L'espace clinique, pensé comme un jouet, un objet médiateur à « troquer » dans la relation référent social/jeune sera attaqué, mordu, lancé, détruit, comme dans le jeu de la spatule chez D.W. Winnicott¹. Il importe alors que le référent social le restitue et le transforme pendant le temps nécessaire à l'expérience du « détruit/trouvé » (R. Roussillon). Cela nécessite une grande confiance entre le

travailleur social et le clinicien. Le travailleur social sera le réceptacle de la violence et de la destructivité mobilisées chez le jeune dans la rencontre avec cet objet informe et malléable que constitue le dispositif clinique. Le clinicien sera confronté à l'absence répétée du jeune à ses rendez-vous et donc à la question de la relance (restitution de la spatule) par l'intermédiaire d'une lettre, d'un appel téléphonique ou de l'information transmise au travailleur social. Par conséquent, la relation clinicien/travailleur social se trouve transformée, dans la symétrie d'un travail d'équipe qui pose la question du secret partagé et permet de travailler sur les effets violents de l'intertransfert.

Le deuxième paradoxe est celui de l'injonction faite au clinicien d'accueillir la souffrance sans « faire du soin ». Si le jeune relève des soins et qu'il peut les accepter, il doit en effet être rapidement orienté vers la psychiatrie. Dans l'inconfort de cette position, le « je vous écoute » de l'asymétrie relationnelle du travail psychothérapeutique, laisse la place au « nous allons en quelques entretiens essayer de comprendre ensemble ce qui vous met en difficulté », qui signifie la co-présence de deux acteurs construisant ensemble un espace intermédiaire dans un temps limité.

Dans ce travail, la bienveillance du clinicien quitte la posture d'attente silencieuse, ressentie par ces jeunes comme de l'indifférence et de la froideur, révélant la crainte d'un effondrement narcissique et réactivant le « complexe de la mère morte » (A. Green), au profit d'une position plus active dans la construction du lien. Le clinicien utilise les objets sociaux comme des objets de médiation et de relation, avance ses liens et associations, entend, écoute, observe et réajuste. En passant du paradigme de la bobine² chez S. Freud à celui de la spatule

¹ Dans le jeu intersubjectif de la spatule (D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, p.70), un enfant de douze mois en consultation mord le doigt du thérapeute, puis joue à mordre et à jeter des spatules par terre. Le jeu ne s'installe que grâce à l'introduction de l'objet de médiation (la spatule) et sa restitution incessante par le thérapeute. C'est ainsi que se constitue la ficelle du jeu de la bobine, c'est à dire la préconception du lien indestructible avec l'objet. Le thérapeute « apprend » à l'enfant à jouer.

² Dans le jeu de la bobine (S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, p. 58-59) un enfant de un an et demi joue dans son berceau à lancer (hors de sa vision)/ramener une bobine qu'il tient attachée à une ficelle. L'enfant représente dans ce jeu l'alternance de présence/absence de la mère et ses capacités à retenir activement la bobine (le lien à l'objet / la ficelle).



Dispositifs cliniques mediums malléables pour jeunes en souffrance d'exclusion (suite)

³ Dans la forme précoce du jeu de coucou décrite par R. Roussillon (Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique, p.191) la mère et/ou le nourrisson cachent les yeux : la réapparition s'accompagne de jubilation. La question du lien n'est pas posée. Le jeu porte sur la continuité de soi.

chez D.W. Winnicott et, plus loin encore, au jeu du coucou³, l'attitude du clinicien se transforme pour intégrer toutes les composantes d'un médium malléable.

Par ailleurs, les absences et les retards fréquents aux rendez-vous imposent au clinicien de considérer les modalités temporelles du dispositif clinique (durée du suivi, fréquence, horaire, durée de l'entretien) comme faisant partie de sa fonc-

tion conteneur et non de sa fonction cadre (R. Kaës). Seule la malléabilité de ces aspects peut, en effet, permettre d'intégrer les présences et les absences, les ruptures et les retrouvailles comme faisant partie du processus de constitution d'un lien interne permanent. Ainsi, proposer comme cadre la permanence d'un dispositif clinique à durée « suffisamment limitée » est un paradoxe qui intègre une double butée, de satisfaction et

de limite, et peut permettre au sujet d'exercer et mettre en jeu son travail d'emprise sur le rythme et la temporalité.

Vu du côté des jeunes en souffrance d'exclusion nombre de nos dispositifs praticiens paraissent comme des « games » aux règles bien définies, alors même que le travail clinique avec ces sujets constituerait à rétablir la capacité à jouer (« playing »). ■



« L'enfant, la parole et le soin

« La clinique mise à l'épreuve¹ »

Jean FURTOS
Psychiatre - Orspere

Il y a des livres qui font du bien à lire, car ils nous aident à mettre des mots sur une expérience clinique toujours changeante. L'ouvrage posthume de Jean-Luc Graber est de ceux là.

Décédé soudainement en octobre 2002, ce pédopsychiatre et psychanalyste de haute stature, ancien major de l'internat en médecine de Lyon, a exercé pendant près de trente ans des fonctions cliniques et de responsabilités à Vienne, à l'hôpital Le Vinatier, puis dans le grand service de pédopsychiatrie au CHU de Lyon-Sud qu'il a dirigé les 10 dernières années de sa vie. Cet homme discret et charismatique a exercé une notable influence sur la pédopsychiatrie en service public, avec une passion efficace pour l'enseignement, la clinique institutionnelle et individuelle, le travail au sein d'un partenariat étendu. Catherine Graber, son épouse et collègue, rapporte, dans sa notice biographique, qu'en mai 1968 où il joua un rôle de premier plan à la Faculté de Médecine, Jean-Luc Graber rédigea un pamphlet d'abord intitulé « L'hôpital, ce merdier », publié chez Maspéro sous le titre « Hôpital, Silence, Répression ». C'est sans doute, estime-t-elle, son engagement pendant ces

événements qui ne lui sera pas pardonné par ses pairs (je dirais plutôt par ses « patrons »), ce qui ne lui permettra pas de suivre une carrière universitaire. J'ajoute que ne lui seront pas davantage pardonnés ses choix épistémologiques en psychanalyse et son absence totale de soumission à la raison d'Etat de « l'establishment ». Cela ne l'empêcha pas d'être reconnu comme un « grand patron », un maître discret, un clinicien remarquable, un enseignant recherché, un organisateur d'institution capable de soutenir un partenariat vivant.

Sa théorie de la pratique tournait autour de trois axes étroitement intriqués :

- l'axe de la vie et de la mort, donc du transgénérationnel et des mots qui le disent,
- l'axe du vrai et du faux, donc de la question de la vérité, au sein d'une réalité toujours mouvante,
- et enfin l'axe de la différence des sexes, qui s'articule avec les deux précédents.

Avec Denis Vasse, Jean-Luc Graber considérait que « lorsque l'un de ces trois axes est altéré, c'est sur les deux autres que les choses se jouent ».

On peut insister sur le point cardinal de l'ouvrage, la question du passage.

Comment rendre audible et formulable ce qui ne trouve pas d'autres chemins que la parole d'un tiers pour se faire représenter ? Ce qui est nié de soi, à « l'intérieur », revient ainsi de « l'extérieur » parfois sous une forme violente : reproche, attaque, persécution.

Jean-Luc Graber décrit la position du passant (pour lui, l'enfant, l'adolescent) et du passeur (souvent un psy dans son expérience) ; ils se meuvent dans une situation souvent interdisciplinaire et interinstitutionnelle, avec des règles de respect et de confidentialité suffisantes.

Cela suppose des choix budgétaires (formation, postes, supervision).

Le temps du passage : une série de moments, de lieux, d'actes potentiellement symboliques qui permettent... le passage d'un état psychique à un autre. La vie psychique est elle-même passage.

Cet ouvrage s'adresse aux praticiens confirmés mais aussi bien aux jeunes psychiatres, orphelins d'une intelligibilité des pratiques en institution. En ce sens, il est à conseiller au-delà du champ de la psychiatrie. ■

¹ Editions Erès, sept. 2004

Nous avons lu

■ L'expérience de l'injustice : Reconnaissance et clinique de l'injustice

Emmanuel Renault. *Ed. la Découverte, Paris, 2004.*

Comment transformer les définitions communes de la justice sociale à partir du compte rendu des souffrances « de ceux qui ont trop à dire pour pouvoir le dire » ? A partir de cette interrogation initiale et en s'appuyant sur la théorie de la reconnaissance, Emmanuel Renault propose une grille d'analyse des injustices subjectivement vécues, engendrées par la précarisation, mais que les luttes sociales ont du mal à reconnaître et donc à prendre en charge. En ce sens, il offre un argumentaire précieux au service de ceux qui tentent de transformer leurs vécus de souffrance sociale et psychique en expérience collective de l'injustice afin de transformer un ordre social maltraitant devenu tout simplement *insupportable*. Un livre essentiel pour mieux comprendre la logique des débats autour du couple souffrance/justice.

■ Deuils collectifs et création sociale.

Jean-Claude Métraux. *Préface de René Kaës. La Dispute éditeurs, Paris, 2004.*

Cette étude est consacrée aux deuils collectifs. L'auteur établit dans cet ouvrage la distinction fondamentale entre tragédies mortifères et créatrices, entre deuils et traumatismes, trop souvent confondus. Il contribue, avec les concepts de deuils congelés ou fossilisés, à l'intelligibilité de phénomènes aussi disparates que le totalitarisme ou la mondialisation, l'obsession présente pour la violence et le terrorisme, ou les contradictions inhérentes à certaines formes d'aide humanitaire. Ce livre montre aussi que la création sociale, dont nous sommes tous les anonymes auteurs, n'a pas encore dit son dernier mot.

■ Abécédaire de l'engagement.

Miguel Benasayag. *Ed. Bayard, 2004.*

L'auteur cherche à démontrer que notre époque n'a plus de mots pour l'engagement. Cet abécédaire en déroule les mots clefs et tente de retrouver leur signification toujours très éloignée de leur usage contemporain, voire contraire. Ce livre nous exhorte à réinventer un engagement qui est une affirmation de la vie, dans sa multiplicité.

■ Rêves et traumatisme ou la longue nuit des rescapés

Marie-Odile Godard. *Ed. Erès, Collection « Des travaux et des Jours », 2003.*

L'auteur, s'appuyant sur une expérience clinique riche, nous propose une étude psychanalytique des contenus manifestes des rêves traumatiques et de cauchemars de rescapés de guerre et de génocide. Cette souffrance des traumatisés de catastrophes collectives a été mise en récit avec finesse et prudence. Un ouvrage essentiel qui offre de précieuses données à la compréhension de ce qui est en jeu dans la survivance.

■ Destins et dessins d'enfants, Jours après nuit.

Serge Baqué. *Préface de Bernard Doray. Ed. Hommes et Perspectives, mars 2000.*

Ce livre « témoin » nous parle des enfants de l'après-génocide au Rwanda. L'auteur nous relate un long travail thérapeutique auprès d'un groupe d'enfants, et comment un atelier d'expression par le dessin a été une aide à l'effort de mémoire nécessaire pour accepter de retrouver des souvenirs si douloureux.

Agenda

■ Pour une clinique des souffrances psychiques liées à la précarité

Colloque organisé par ASAIS RECHERCHE (Association d'aide à l'insertion sociale)

Vendredi 26 novembre 2004 de 9h à 17h.

Athénée Municipal de Bordeaux, Place St Christoly, 33000 Bordeaux.

Renseignements et inscriptions: Tél : 05 56 52 60 59 - Mel : asais.icare@free.fr

■ Accès aux soins, Accueil d'urgence

15^{ème} Congrès de l'Association Ancre-Psy à Rouen, les 10 et 11 décembre 2004.

Contact: Tél: 01 64 71 62 19 - Fax: 01 64 71 66 05

Mel: frederique.pareau@ch-melun.fr

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-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, dr 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-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUIFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé de mission PJJ
- 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 Pinel
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 (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 9 500 ex.

ISSN 1622 2032

Nous remercions André Bouilly, graphiste, pour sa participation à ce numéro de Rhizome.