



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.

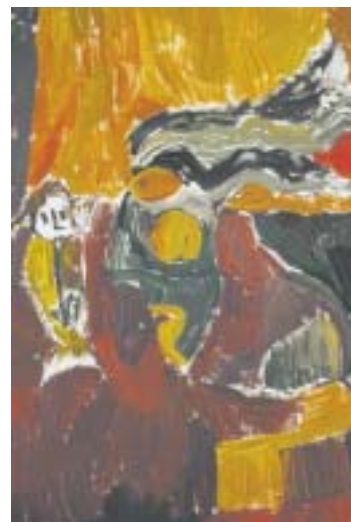
En cas de nécessité, parmi toutes les mesures, est évoquée la possibilité d'une hospitalisation sans consentement, ce qui renvoie à l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), voire à l'hospitalisation d'office (HO). Il est précisé que l'obligation d'assistance à personne en danger sera appréciée (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.