

# Effets iatrogènes des interventions multiples

**Alain MERCUEL,**  
*Chef du Service d'appui  
 « Santé Mentale et  
 Exclusion Sociale »,  
 CH Sainte Anne, Paris.*

**Les pièges habituels du travail auprès des personnes en situation de précarité se traduisent par des discours caricaturaux, des positions généralisatrices, des lectures en amalgames mais, pire encore, par l'entretien de la confusion des divers professionnels à tous les niveaux d'aide et d'assistance. La confusion, littéralement « fusionner avec », se rencontre de façon trans-sectorielle, interstructurelle, interindividuelle,... de l'individu à l'Etat.**

## La rencontre confuse

Souvent les personnes aidées se méprennent sur les aidants, car face à la nébuleuse du public correspond une nébuleuse des intervenants. Qu'il s'agisse d'une « visite à domicile » d'un SDF ou d'une intervention aux urgences, le non affichage clair de la fonction et du rôle de l'aidant entretient la confusion de l'aidé : « Monsieur le Directeur, vous accompagnez cette infirmière, dites-lui que je n'ai besoin de rien... » s'entend dire un éducateur aux urgences ; « Bon, toi le flic, je te dirais rien... » reçoit un psychiatre en centre d'hébergement. Il est donc fondé de s'interroger sur l'affichage d'une permanence, le port d'un badge professionnel, la facilitation d'un repérage d'une fonction. Ceci implique simultanément que le discours habituel et convenu des professionnels, à savoir « les SDF ne formulent pas leurs demandes aux bonnes personnes », soit à moduler en fonction justement de ce défaut d'affichage dont on peut se poser d'ailleurs la question du profit : ne pas afficher peut s'entendre aussi comme ne pas annoncer ses responsabilités...

## L'intervention confuse

La négation d'une spécificité professionnelle participe également à un dépôt de demande désadaptée. Cette négation se traduit dans la pratique par une résistance farouche à un profil de poste, une fiche de poste ou

toute tentative de précision de missions personnalisées. De fait, si une personne se présentant sur un lieu d'accueil peut être reçue de façon indifférenciée par les uns comme par les autres, toutes professions confondues, comment peut-elle formuler une demande adaptée alors que par essence celle-ci sera différente à l'adresse d'un infirmier, d'un acteur social, d'un médecin ? Il en va de même pour une série de visites sur un lieu de vie par des membres « interchangeables » d'une équipe comme si chacun avait la même fonction, la même pratique. Tout cela aggrave le flou et la non visibilité des acteurs, rendant confuses les actions en cours de préparation.

## La territorialité confuse

Si l'on prend l'exemple des équipes pratiquant des actions de type maraude, plusieurs d'entre elles visitent certains « précaires » et d'autres ne sont jamais rencontrés. Des quartiers ou rues ne sont pas fréquentés par des maraudes alors que d'autres semblent quasi embouteillés conférant au harcèlement humanitaire. Cette superposition des acteurs, souvent à l'affichage ostentatoire ou au contraire discret, ne respecte pas suffisamment de logique de territoire. Il est acquis que les actions menées par des équipes de proximité sur un territoire donné diminuent l'errance des personnes et favorisent un ancrage pour autant que l'identification des acteurs et la création d'une permanence du lien aient pu s'établir. A trop vouloir étendre les territoires d'actions, les informations se diluent, les acteurs se multiplient, les rencontres inter-équipes deviennent plus difficiles à réaliser. Par ailleurs, dans ce contexte d'élargissement de territoire, de limites floues et de multi intervenants, des réactions institutionnelles « externalisées » se font jour : appropriation pour les uns et pour les autres, retrait

d'un travail entamé lorsque de nouveaux acteurs apparaissent. Ces mouvements, pour regrettables qu'ils soient, semblent bien souvent sous-tendus par des velléités de sauvegarder des moyens en affichant une grande territorialité et en réalité empêchent de potentialiser les capacités et efficacité des divers acteurs auprès du public concerné.

## Le réseau confus

D'un côté, il est assez aisé pour un observateur décentré, voire un acteur de passage, de donner son point de vue face à une situation médico-psycho-sociale difficile présentée par une personne : « Vous n'auriez pas dû l'hospitaliser... Vous n'auriez pas dû le laisser sortir de l'hôpital dans cet état... Vous auriez dû l'héberger... Vous auriez dû lui interdire l'accès devant de tels comportements... » et toutes autres formes de critique, doux euphémisme, « dédagées » de responsabilités.

De l'autre, toute approche clinique, qu'elle soit médicale, infirmière ou sociale, suppose une connaissance acquise au cours des enseignements respectifs de ces professions. Cette connaissance s'applique dans la pratique sur le terrain mais, très souvent, démontre une « fusion » de ces lectures et tentatives de compréhension. Ainsi entrent en conflit de compétence des décodages sociaux, médicaux ou autres. Chacun tentant de convaincre l'autre dans la primauté de sa lecture. Apparaît alors une butée qui stoppe tous les intervenants, les obligeant à se déterminer non pas en fonction d'une lecture, à l'aune de leur culture ou connaissance, mais en fonction de leur degré de responsabilité face à une situation donnée. L'incontournable responsabilité. La confusion surgit du fait que si les informations sont partagées, ce qui n'est pas gagné, si les positions des uns et des autres peuvent évoluer, voire s'inverser, il n'en demeure pas moins que

*Ce service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » est composé, entre autres, d'une équipe mobile psychiatrie-précarité qui a bénéficié du fait d'être véritablement portée et étoffée par l'établissement de rattachement, ceci après un travail interne de près d'une décennie.*

## Effets iatrogènes des interventions multiples (suite)

les responsabilités ne sont pas, elles, partagées.

Au centre, la personne intéressée tente de comprendre ce qui est prétendu la concerner. Si les choses sont bien faites, les différentes positions lui sont retransmises et de fait elle se retrouve soumise aux propositions des uns, aux contre-propositions des autres, générant alors désordre au sens d'une agitation, produisant une confusion socio-médicale puisque ceux supposés aider persistent dans une orientation mal définie pour ne pas dire une « désorientation ».

### Des cadres et des financements pour le moins confus

La multiplication des acteurs pourrait être souhaitée si elle rendait efficaces les actions menées auprès des publics. Or, un effet pervers des modes de financement fait mettre en concurrence ces mêmes acteurs lors de réponses aux appels d'offre, lors de projets multi-partenariaux, lors de créations de structures. Ainsi certaines d'entre elles s'afficheront sociales, médicales, ou encore médico-sociales et bénéficieront chacune d'une filière de financement, voire de plusieurs (souvent non

pérennes). Entretenir une certaine confusion à ce niveau de structuration permet de maintenir des constructions à l'abri des évaluations des actions. Il en découle, selon les lieux et les acteurs, soit une pérennisation aveugle d'une partie des financements, soit à l'opposé une interruption de ces derniers sans motivation.

### Dans toute cette confusion iatrogène : Quid de la personne supposée être aidée ?

Au fond, à proclamer à tout va « éthique » par-ci, « déontologie » par-là, il n'est pas sûr que nous soyons vraiment bienfaisants, il est probable que nous soyons quelque peu malfaisants, il est certain que ce ne soit pas juste, au sens de l'équité, de ce qui doit être fait, de l'égalité des chances.

Quel que soit le niveau d'intervention en précarité, l'absence d'éthique est criante lorsqu'elle n'est pas repérée, la confusion conduisant à des malentendus, méprises et errements pour ne pas dire errance médicale et sociale. Accuser les personnes en précarité de confusion dans leurs demandes est pour le moins malvenu lorsque l'offre

d'aide, d'assistance et de soutien que nous leur proposons est loin d'être claire...

Une question commune se pose : comment peut-on travailler dans ces conditions ? Peut-être en restant passionné, petit dormeur, pratiquant l'autohypnose même aux feux rouges (réveillé par le klaxon de la voiture derrière). Ne pas s'effrayer d'une psychiatrie de l'extrême pourtant nécessaire : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, Comité SIDA-Sexualités-Prévention, Centre d'Ethique Clinique, formation psy des médecins réservistes partant en mission humanitaire... Bref, dans la forme : accepter d'aller là où les autres ne veulent pas aller. Et dans le fond, pour ceux qui ont, comme moi, loupé la mise en place des secteurs et mai 68, trop jeunes à cette époque, les champs dans lesquels j'exerce restent excitants, aux quotidiens formateurs, encore libres d'expression, pas trop censurés et surtout porteurs de créativité loin des dogmes, chapelles, écoles, certitudes et autres positions d'exclusions... ■



## Sommes-nous toujours des médecins ? (suite)

Plus inquiétant encore, aucun des médecins du service n'avait voulu contacter le psychiatre de liaison pour faire examiner cet homme dont les propos traduisaient de façon évidente un délire de persécution systématisé, délire qui l'avait fait quitter son appartement quelques temps avant, d'après son assistante sociale qui le connaissait bien et depuis longtemps, et s'était beaucoup investie dans l'histoire. L'homme est donc sorti, comme convenu, au bout d'une dizaine de jours, avec des drains dans l'abdomen nécessitant des conditions d'asepsie qui ne sont certes pas celles d'un hall

de gare, et des rendez-vous infirmiers et médicaux dont on pouvait être à peu près sûr qu'ils ne seraient pas honorés... Qui peut me dire quel sens aura eu pour cet homme les soins qu'il a reçus ? Les suites ont été simples, comme on dit, et la durée de séjour n'a pas excédé la moyenne prévue pour ce type de pathologie, ne dépareillant pas la statistique. Aucune question n'ayant été posée ailleurs que dans le domaine intéressant directement l'activité du pôle, rien ne risquait donc de la perturber ! Par contre, je suis sûr que l'assistante sociale du service, elle, ne l'a pas oublié, qui a

voulu alerter les médecins sur la condition sociale et psychique de cet homme, et qui, faute de n'avoir pas été entendue, a elle-même contacté la Halte Santé, structure alternative à caractère sanitaire et social, pour qu'il puisse au moins bénéficier d'un cadre de sortie adapté à son état de santé. J'ai tendance à considérer que si les chirurgiens ont certainement guéri cet homme, et peut-être même lui ont sauvé la vie, c'est cette femme qui l'a soigné.

Etait-ce vraiment à elle de le faire ?... ■