

Bulletin national santé mentale et précarité

La clinique change-t-elle ?

édito

Jean FURTOS

L'idée de ce numéro a germé lorsqu'une association, qui connaît son travail, a adressé un demandeur d'asile à un psychiatre pour « l'aider à rédiger son récit ». C'était la première fois que ce praticien recevait un patient en CMP pour une raison aussi peu « médicale », même si, en l'occurrence, une temporalité traumatique cassait littéralement le fil de l'histoire du requérant adressé. Quelque chose semblait comme en deçà ou au-delà de la clinique à travers l'expression de la demande de soins.

On peut observer des changements du côté du fait clinique lui-même :

- La souffrance psychique d'origine sociale est maintenant un fait reconnu,
- Cette souffrance se déploie d'une manière plus massive qui peut rendre difficile un souci personnalisé et tendre à y substituer une « posture de guichet »,
- La tonalité de cette clinique psychosociale est aut centrée d'une manière prédominante par retournement sur soi de l'exclusion et du rejet (automutilation, auto-exclusion, isolement),
- L'extension des phénomènes victimaires apparaît de plus en plus comme le retour contemporain d'une responsabilité pour autrui, sous le masque sacrificiel des ratés du social.

Mais la clinique change aussi par précarisation du cadre qui la soutient : ce qui a du sens aujourd'hui peut devenir scandaleux ou inadapté demain, ou l'inverse.

- A cet égard la labilité et l'orientation des lois qui organisent les institutions y participent largement, avec une obsession sur la gestion des flux d'argent, d'agents, de patients, de publics.
- Le politique se manifeste aussi, en deçà ou au-delà de la clinique, par des contraintes concernant les demandeurs d'asile, comme suggéré en exergue, mais aussi par l'extension de la notion d'« indésirables ».
- Les aspects quantitatifs et administratifs du maniement de la loi DALO pour l'accès à l'hébergement et au logement produisent des effets ambigus sur la clinique psychosociale.

Plus globalement, la mélancolisation du lien social, bien décrite ces dernières années, semble en train d'affecter les cliniciens eux-mêmes. Ils restent certes conscients de porter quelque chose de l'humain, qui tend à devenir impossible à tenir, et impose l'idée d'une perte des valeurs et de l'éthique. Il faut prendre au sérieux ces remaniements profonds. Beaucoup d'équipes continuent de bien travailler, et avec conviction, mais il ne faudrait pas qu'une démolition professionnelle croissante entraîne le pire : une pratique sans état d'âme.

Dans ce grand théâtre de la vie et des institutions, il importe de développer la capacité paradoxale de cauchemarder le désastre, à l'image du beau texte de santé mentale-fiction de Sylvie Zucca. Pourquoi ? Pour continuer de jouer son rôle professionnel en restant vivant (psychiquement), continuer de rêver l'avenir, et faire remonter à qui de droit ce qu'il en est ; et aussi, pour ne pas se satisfaire d'abandonner à son délire contextuel le SDF bac + 5, selon la vignette saisissante présentée par Christian Muller.

Pour terminer par un sourire, à partir du texte de Rached Sfar, la négociation procédurale devrait toujours permettre... la possibilité d'une histoire d'amour singulière, et de tout ce qui soutient le goût de vivre.



DOSSIER

Année 2030, cabinet Dr SZ <i>Sylvie ZUCCA</i>	p. 2 et 5	Souffrance psychique et mélancolisation <i>Jean-Pierre MARTIN</i>	p. 9
Refus d'une posture de guichet <i>Interview d'une Assistante Sociale</i>	p. 3	« Aujourd'hui, je n'ai vu que de la précarité » <i>Interview de Mohamed SAOUD</i>	p. 10-11
Augmentation des auto-agressions ? <i>Didier ROBIN</i>	p. 4-5	La victimité, émergence d'un processus et d'un dispositif <i>Pascal PIGNOL et Loïck M. VILLERBU</i>	p. 12-13
Drogues en milieux festifs et nouveaux modes de consommations <i>Ugo D'ALESSANDRO</i>	p. 6	« Il faut le laisser tranquille... il a bac plus 5 » <i>Christian MULLER</i>	p. 13
Pratique infirmière en psychiatrie avec les gens de la rue <i>Carole FAVRE</i>	p. 7-8	Quelle place reste-t-il pour la clinique avec les demandeurs d'asile ? <i>Claire MESTRE</i>	p. 14
		Une histoire d'amour « hivernale » <i>Rached SFAR</i>	p. 15
		ACTUALITES	p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

Année 2030, cabinet Dr SZ

En rangeant ses archives, SZ tomba sur un vieux dossier « 2009 » dans lequel elle reconnut une commande émanant d'un journal dont elle se souvenait très bien, du nom de ces petites tiges souterraines, « Rhizome ». Cette commande était formulée sous forme d'interrogation : « Avons-nous observé, ces dernières années, des situations cliniques nouvelles, dans le monde de la grande précarité ? ». Malgré sa promesse, SZ n'avait jamais envoyé le moindre écrit. Bien moins âgée à l'époque-elle n'avait pas encore bénéficié de ces implants neuronaux qui allaient révolutionner la vie des quinquagénaires et plus, quelques années plus tard - pourquoi donc était-elle restée silencieuse ?

Elle relut ses notes écrites pour ce fameux article jamais envoyé et se revit, vingt ans plus tôt, comme si elle y était : Comme les choses avaient changé depuis ! Mais elles s'annonçaient déjà bien nettement, et SZ se retrouva face à l'embarras d'alors, en parcourant ses notes : comment faire comprendre au Comité de rédaction ? Vingt ans plus tard, elle s'en souvenait encore : un rêve, ou plutôt une perception à demi-consciente, juste au réveil, ce genre d'état que les neurobiologistes les plus spécialisés n'étaient pas encore parvenu à authentifier, malgré de formidables progrès sur les études différentielles entre les délais synaptiques des réponses oculomotrices dans le rêve et les premières images de l'éveil.

En fait, il s'agissait plutôt d'un cauchemar : un dessin très précis de la planète, dont une partie était transformée en prison, coupée du reste du monde, barreaux à l'appui : des milliers et milliers de kilomètres transformés en un vaste camp d'indésirables : prisonniers à perpétuité, malades mentaux à vie, demandeurs d'asile sans espoir de patrie à venir, jeunes délinquants récidivistes, opposants politiques de tous pays, s'y retrouvaient dans une

survie limitée par la faim, les épidémies, la criminalité massive. Et, de l'autre côté de cette prison gigantesque -environ un cinquième de la planète dans sa mémoire- le reste de la Terre continuait, vaille que vaille, à sourire au milieu de ses soucis écologiques, financiers, démocratiques et maffieux. A vrai dire, ce cauchemar lui avait coupé toute inspiration...

SZ reposa ses notes. Oui, les choses avaient changé : on ne protestait plus depuis longtemps sur ces gestations pour autrui qui avaient alerté l'ensemble de la population européenne de l'époque, rapidement détrônées par les utérus artificiels. La sexualité s'était toujours plus séparée de la procréation : on pouvait compter sur les doigts les conceptions « à l'ancienne », mais, simultanément, une nouvelle clinique était arrivée, celle d'adultes toujours et toujours plus déconnectés de l'histoire d'un récit un peu subjectif, comme s'ils étaient tous frères et sœurs, et avaient du mal à lutter contre ce sentiment d'« apatourisme » : c'était le titre du dernier colloque où elle s'était rendue...

Quant à son rêve, il avait eu quelque chose de prémonitoire- un temps au moins : de grands territoires, construits clandestinement dès le début du 21^{ème} siècle- avaient effectivement servi de vaste lieu de dépôt des Indésirables en tous genres. Mais ces territoires étaient aussi vite devenus le carrefour de propagation d'épidémies mondiales. Il avait suffi, en plus, d'une histoire d'amour ici et là entre quelqu'une ou un de la région Terre propre et de la Terre des exclus, de quelques journalistes et citoyens un peu trop curieux d'aller voir ce qui se passait dans l'Enfer de la Terre, pour que se mélangent à profusion les plus anciens germes qui pullulaient dans le monde en dérive des Exclus, et ces nouveaux hybrides qui assaillaient la planète et défiaient la Science au fur et à mesure qu'ils mutaient. C'est donc en urgence- en

réponse aux injonctions des plus grands experts mondiaux- qu'un nouvel exode mondial se redéploia à très grande vitesse: il s'agissait de réintégrer les citoyens du Monde dans une nouvelle mixité sociale, sous haute surveillance hygiénique, sexuelle, et policière. Et après une pandémie de deux ans qui avait ravalé la population terrienne à une dimension moins exponentielle, ayant atteint toutes les classes sociales, les choses avaient progressivement repris leur cours. On voyait même revenir les vieilles névroses oubliées, et les nouveaux immigrés, de retour de l'Enfer du Monde, bâtissaient, avec les autres citoyens devenus beaucoup moins arrogants à force d'avoir vu mourir tant de leurs proches, un nouveau monde. De nouvelles lois, des structures d'aides sociales adaptées aux nouvelles configurations locales, des hôpitaux, des écoles high tech naissaient chaque jour ; un de ces anciens exclus venait même d'être élu Président de l'Europe : un insulaire de l'autre bout du monde qui avait acquis la nationalité européenne quelques années auparavant, et qui, ce jour-là où SZ relisait ses notes, commémorait le centenaire même de la naissance d'un certain Obama.

La vieille dame referma son dossier et se dit : qu'aurais-je pu écrire dans cet article ? Que la clinique « psy » en ce temps contenait bien de nouvelles donnes, dans le monde de la grande précarité qui allaient se généraliser en quelques années, dans une errance, une relégation toujours plus forte, sociale et psychique, déjà annoncée dans les autres classes sociales sous forme d'angoisses, d'agitations incoercibles, d'hypochondries démultipliées- dès le plus jeune âge ? Que les grandes migrations mondiales se déployaient lentement mais sûrement, dans une sorte de déréalisation étrange qui faisait peur aux uns, en tuaient d'autres, tandis que bourses et marchés mondiaux commençaient inexorablement à déstabiliser ceux qui



Refus d'une posture de guichet

Interview d'une Assistante Sociale
confrontée à l'application de la loi DALO dans une grande ville de France

■ **Pourriez-vous nous parler de votre pratique de la loi DALO ?**

La loi DALO donne le droit humain d'être abrité et logé à tout à chacun. Mais on sait que les moyens n'ont pas pu changer avec une baguette magique. Les DDASS, afin de répondre à la loi, organisent selon les départements, des diagnostics pour pouvoir affiner la demande. Ce diagnostic devient une difficulté parce qu'il est surtout administratif. Mais au fil du temps, ça me semble de plus en plus compliqué. Un diagnostic d'hébergement a une valeur relative, parce que la plupart des gens sans logement n'ont pas que cette unique problématique-là.

■ **Si l'on reste sur le plan de l'hébergement et du logement, quels résultats ?**

La semaine dernière, environ x demandes en attente. On se trouve face à des gens qui n'ont pas pu être pris en charge du tout, qui ont passé la nuit dehors et qui ne l'acceptent pas. On n'a même pas pu joindre le 115 aujourd'hui et je suis en attente sur toutes mes demandes. Il y a quelque temps, je les aurais mis à l'hôtel. Maintenant, on n'a plus l'autorisation. C'est la période de fin d'accueil d'hiver. Les six semaines arrivent à leur terme pour plein de dossiers. Je me suis marquée des dates, je sais que les gens vont réagir. « Dans six semaines c'est DALO ». Les gens attendent, montre en main. C'est logique, car on leur dit, lorsqu'ils présentent un dossier : « 6 semaines pour obtenir une réponse et 6 semaines pour mettre en application ». Et pour un logement : 6 mois pour une réponse et 6 mois pour l'application. On ne parle pas de liste d'attente ; il paraît que cela n'existe pas. Les gens arrivent à telle date, il faut que six semaines après, ils aient une réponse. Ca, c'est du vent, on a dépassé les six semaines pour certains...

■ **Avez-vous remarqué que les réactions des personnes sont différentes avec vous,**

dans ce diagnostic ou dans ce temps d'attente ?

Quelquefois, oui : comme on n'est pas dans une relation d'accompagnement, les gens peuvent nous identifier à la non réponse et être souvent au bord du passage à l'acte, agressifs. Il m'arrive d'avoir peur.

■ **Et vous-même, quelle est votre posture ?**

Ma posture ? Une posture de guichet. Je vous ai dit dans quelle contradiction je suis prise. Récemment, je suis restée une semaine « plombée », je ne pouvais plus parler. Chez moi, ils se sont demandé ce que j'avais. Un soir je me suis mise à pleurer. Je ne savais plus comment faire. Après un temps de recul, je me suis dit : « je pense qu'en 26 ans de présence, j'ai toujours gardé un certain cap, humainement, auprès des gens, tu ne peux pas l'abandonner ». Réinjecter du suivi différemment, c'est peut-être le seul moyen de pouvoir continuer d'y aller. Ce qui m'avait complètement étouffé, c'est le sentiment d'impuissance, ne pas du tout reconnaître le travail que je fais. On n'est pas du tout dans une relation humaine, mais enfermé dans l'administratif d'une demande. Alors que, lorsqu'on travaille dans l'accompagnement, après avoir vu 5, 6, 7, 10 fois les gens, on se dit « tiens, ce monsieur, on le verrait bien en maison relais ; finalement non, la relation avec les autres, ça va être compliquée... », et on modifie petit à petit, au fil de la connaissance de la personne. Il est vrai que, quand on pose un DALO et qu'on l'envoie à la Préfecture, les gens sont souvent reconvoqués pour un diagnostic ultérieur. Certains peuvent peut-être ajuster leur demande, mais d'autres ne le feront pas parce que l'accès à la parole est à construire. Il faut avoir confiance pour se livrer, et ce sont les publics les plus en difficulté qui vont encore échapper au bienfait d'une loi sur l'hébergement et le logement, ceux qui ont le plus de mal à se défendre pour des tas de raisons (problématiques psychiatriques, conduites addictives,...).

■ **Cette histoire d'observation administrative me fait penser au côté médical de la nosographie : quand on reçoit quelqu'un qui a les symptômes de la schizophrénie, on va faire un diagnostic, et ce diagnostic va permettre une conduite à tenir sans être trop proche du patient. Au fond, vous deviendriez des « diagnostiqueurs » ?**

Oui, le diagnostic, c'est un mot médical. On ne travaille pas comme cela dans le travail social. On travaille sur un film avec des séquences, plusieurs séquences. Une personne peut donner une super mauvaise image, on commence super mal une relation dans un premier entretien. La personne revient, on lui dit : « je pense que l'on a très mal démarré, peut-on s'en expliquer ? »... et on peut revoir l'entretien. Et après, ça se passe bien, on a osé parler. J'ai beaucoup de difficulté pour étiqueter les personnes aussi rapidement. Je ne supporterais pas qu'on me le fasse.

■ **Vous pensez à une position qui risque de s'instituer, qui consisterait à faire le deuil d'une relation d'accompagnement pour le travail social ?**

Pour moi, ce n'est pas envisageable. Je pense qu'après une période difficile, des choses vont se mettre en place. Je ne suis pas convaincue qu'on en reste à quelque chose d'aussi figé.

■ **Que se passerait-il si vous parliez aujourd'hui à visage découvert, dans cette interview ?**

Je pense que je peux perdre mon poste.

■ **Qu'est-ce qui vous paraît le plus important dans ce que vous avez dit ?**

L'inquiétude sur la masse de gens qui va devenir précaire, et l'impossibilité d'une relation humaine possible qui serait la seule manière de patienter pour attendre une solution.

Propos recueillis par Jean Furtos

Augmentation des auto-agressions ?

Didier ROBIN,
Psychologue,
Psychanalyste
et systémicien, Centre
Chapelle-aux-Champs,
Bruxelles

Ce qui va suivre part d'une intuition clinique. Cela mérite, je crois, d'en retracer le cheminement. J'ai d'abord travaillé dix ans dans un secteur de psychiatrie publique de la région parisienne, au sein d'un centre de crise. Puis, quatorze années dans une communauté thérapeutique spécialisée dans la prise en charge des addictions. Puis de nouveau deux ans dans un service de psychiatrie aiguë. A mon retour en psychiatrie, j'ai été frappé par l'ampleur des troubles anxieux et dépressifs. Elle me semblait nouvelle par rapport à ce que j'avais connu en banlieue parisienne où l'acuité se traduisait le plus souvent par des états délirants schizophréniques, paranoïaques, maniaques, par des « folies hystériques », en tous cas par des « folies » où les constructions délirantes étaient à l'avant plan.



Outre cette ampleur des syndromes anxio-dépressifs, j'ai aussi été frappé par la généralisation des consommations de drogues venant s'ajouter au classique trio du tabac, de l'alcool et du café chez de très nombreux patients ne répondant pas par ailleurs à des profils de « toxicomanes ». Ces dernières années, mon travail théorique m'avait amené à beaucoup réfléchir sur la clinique des addictions. J'avais essayé de mettre en avant les

logiques de survie paradoxales qui les caractérisent, soit : comment et pourquoi se soigner tout en s'empoisonnant ? Déjà, j'avais été amené à essayer de comprendre les ressorts de l'anxiété et de la dépression.

Retrouvant la psychiatrie aiguë, ce travail où j'avais croisé la lecture de Jacques Lacan avec celle de John Bowlby—avant de revenir au précurseur que fut Imre Hermann—s'est avéré encore précieux ; tout cela donnant un singulier éclairage contemporain à « Malaise dans la culture ».

Je découvrais ce que j'appellerais volontiers des « folies du passage à l'acte ». Je pense notamment à ces jeunes femmes qui se scarifient de manière compulsive. Rien à voir avec les automutilations épisodiques et parfois gravissimes que s'infligent les schizophrènes. Ici, la pratique de ces scarifications est souvent très ancienne, avant même la puberté parfois. Elle peut d'ailleurs rester secrète très longtemps puisqu'il s'agit de petites incisions pratiquées au départ à des endroits du corps qu'on peut facilement cacher avec ses vêtements. Pratique qui semble bien être de plus en plus fréquente.

Depuis que je m'intéresse aux automutilations en général, j'ai pu me rendre compte que ce que les Américains ont appelé le « cutting » est largement répandu, peut être tout à fait transitoire et souvent ne donne pas lieu à une démarche thérapeutique. On peut se référer à ce sujet au travail de l'anthropologue David Le Breton. On peut aussi facilement consulter sur le net des sites ou des blogs où les adolescentes (le « cutting » est, en effet, plutôt féminin) partagent leurs expériences. Maintenant que je travaille depuis quelques années en supervision avec de nombreuses équipes de l'aide à la jeunesse, à partir de ma pratique privée aussi, je peux confirmer que tout semble indiquer que les pratiques de scarifications et d'automutilations se répandent.



Lors de mes retrouvailles avec la psychiatrie, j'ai rencontré certaines de ces jeunes femmes qui, ayant pratiqué le cutting depuis de nombreuses années, n'avaient pu s'en défaire. Elles se retrouvaient prises dans des spirales infernales où la succession des tentatives de suicide venaient indiquer l'échec des scarifications à contenir l'autodestruction.

Défénestrations, mutilations du visage (extrêmement rares dans le cutting) ou de l'œil, sections profondes des poignets, tentatives de pendaison... l'une d'entre elles en était arrivée à ingurgiter de manière très répétitive tout ce qui pouvait avoir des propriétés tranchantes ou perforantes : lames de rasoir, punaises, morceaux de CD ou de canettes cassés à dessein, crayons, etc.

Après ma familiarité avec des patients souffrant de graves addictions, après m'être attaché à dégager les logiques des troubles anxieux et dépressifs, j'étais confronté à toute une série de tableaux où l'auto-agression paraissait de plus en plus manifeste. Et tout cela me semblait pouvoir trouver une certaine cohérence avec d'autres problématiques souvent associées : anorexie et/ou boulimie, conduites à risques et/ou échecs, criminalité ou délinquance par besoin de punition, etc.

(suite page 5)

Augmentation des auto-agressions ? (suite)

Comme la plupart de ces pathologies sont très souvent considérées comme « nouvelles » ou tout au moins particulièrement emblématiques de notre hypermodernité, à l'instar de la dépression qualifiée par l'OMS de « maladie du XXI^e siècle », j'ai commencé à penser qu'il se pouvait que les auto-agressions représentent une caractéristique majeure de l'expression de la violence dans nos univers individualistes.

Je tiens à noter, au passage, que je ne voudrais pas laisser entendre que je viendrais de dessiner ici les contours d'une nouvelle structure psychique propre à notre temps. C'est un pas, beaucoup

trop rapide, que je ne franchirai pas, du moins sans passer par un débat très approfondi. Par contre, certaines symptomatologies paraissent en effet nouvelles, bien que peut-être plus par leur ampleur que par leur nature.

Toujours est-il que mon hypothèse ne semble pas tomber sous le sens ou, en tous cas, ne correspond pas au sens commun. Ne sommes-nous pas plutôt nourris par l'idée que notre monde est celui du déchaînement de la violence au sens le plus banal du terme ? C'est-à-dire qu'il serait caractérisé par l'omniprésence de la menace sous la forme la plus classique de l'hétéro-agression,

de l'attaque par un congénère malveillant le plus souvent étranger, étranger au moins au cercle des proches.

Dans la mesure où l'hypothèse que la nouveauté des univers individualistes s'accompagnerait plutôt de formes d'auto-agressions envahissantes... dans la mesure où cette hypothèse est issue d'une intuition clinique, j'ai éprouvé le besoin de la confronter à des données démographiques et épidémiologiques qui montrent, au total, que nous vivons à une époque où l'on court beaucoup plus le risque de se tuer soi-même que d'être tué par un autre. ■

Bibliographie

Robin, D. Adolescence et insécurité, Bruxelles, *Yapaka.be*, Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance, Ministère de la Communauté française de Belgique, 2009.

Robin, D. Sûreté et sécurité, précarité et estime de soi, in *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologies et dispositifs*, Furtos, J. (Dir). Paris, Masson, 2008.

Année 2030, cabinet Dr SZ (suite)

s'étaient cru protégés, le tout donnant lieu chaque jour à de nouvelles toxicomanies ? Celles-ci n'avaient fait que se diversifier, mais on savait enfin mieux les soigner : vingt ans plus tard, les jeunes allaient bien mieux, et les classifications psychiatriques, enfin délabellisées de toutes ces

notions de « troubles » qui les avaient tant encombrées vingt ans plus tôt, avaient recouvré une dose d'humanisme plus aimable.

En jetant son vieux dossier « 2009 » à la poubelle, SZ regarda sa montre : il était temps de sortir déjeuner avant d'écrire un article sur les nouvelles

cliniques des années 30 qu'on venait de lui commander : « Avons-nous observé de nouvelles formes cliniques... ? ». Avec sa stimulation neuronale « coup de fouet » bihebdomadaire, elle était sûre de faire un article bien vif. Comme dans le bon vieux temps. ■



Drogues en milieux festifs et nouveaux modes de consommations

Ugo D'ALESSANDRO,
Directeur de l'association
Spiritek, Lille.

L'association Spiritek est une association Loi 1901 du Nord de la France, qui se fonde en août 1996 autour d'une démarche d'acteurs et d'amoureux des musiques électroniques qui tentent alors de répondre à une carence de ses publics en matière de savoirs objectifs concernant les risques liés aux drogues, à leurs modes d'usages et à leurs comorbidités environnementales (prises de risques sexuels, conduite automobile, etc). L'association Spiritek s'appuie sur l'observation et la connaissance des phénomènes spécifiques des milieux festifs du Nord de la France et de la proche Belgique.

¹ Association Spiritek,
49 rue du Molinel,
59000 Lille.
Tél. 03 28 36 28 40 /
03 20 31 19 19
e-mail : spiritek-ads@nordnet.fr

Elle totalise quelques 50 à 60 interventions de terrain dans les milieux festifs par an, et travaille sur le versant transfrontalier Franco Wallon, le plus souvent dans les mégadancings (grandes discothèques) du Tournaisis avec les équipes de prévention de la Ville de Mons, notamment sur le festival important de Dour, ainsi que de nombreux partenaires impliqués dans la réduction des risques et la prévention en Belgique. Les équipes, dans ce cadre particulier lié à l'étendue et à la durée de ce festival de 4 jours rassemblant quelques 150 000 personnes dont 40 000 en camping, sont renforcées par des services supplémentaires de prises en charges avancées réunissant quelques 70 personnes.

Les drogues consommées dans ces milieux sont très accessibles, peu onéreuses et bénéficient d'un renouvellement de représentations subjectives très positives des publics consommateurs. Certains usagers l'associent à l'esprit de la fête elle-même. Cette situation aujourd'hui s'explique par l'histoire de l'implantation de ces produits dans les années 1990. Les représentations des jeunes concernant les risques liés aux drogues ne trouvaient pas de réponses satisfaisantes. A l'époque, la prévention s'échinait trop souvent à proposer un discours mono-centré sur l'évitement de la pharmacodépendance

renforcé par une opinion publique qui la dénonçait avec beaucoup de passion et d'émotion en stigmatisant le danger autour de l'héroïne, produit principal référent. La pandémie de sida n'arrangeait rien. Les jeunes ne bénéficiaient donc pas ou de très peu de compétences d'identification et / ou de distinction des différents types d'usages, des différents effets des produits, et en résumé, étaient livrés à leurs propres expérimentations ou discours de leurs pairs. Ces dernières années sont marquées par les poursuites importantes de consommations dites festives de drogues organisées autour d'un phénomène de poly-consommation associée à de plus en plus de moments de fêtes et la forte évolution de la consommation de cocaïne.

Les raves parties recouvrent particulièrement l'expression saine et réactionnelle d'une jeunesse qui tente de trouver une place dans une société qui n'intègre plus ou peu. Les jeunes consomment, le week-end, de la route, du mouvement, des drogues, leurs propres existences, bref consomment de l'identitaire au sein de nouvelles communautés de ressentis. Parce qu'il n'y a plus de place, parce que les diplômés ne reconnaissent plus les talents, parce que les personnes deviennent des individus ou leurs fonctionnalités deviennent plus précieuses, fortes et présentes que ce qu'ils sont tout simplement... Mais à force de réagir, on n'agit plus. On pense moins sa vie.

Même si ces consommations sont encore fort rencontrées dans les milieux des musiques électroniques, elles dépassent largement leur cadre initial de prévalence. Les conséquences sont rarement sanitaires dans l'immédiateté du constat des problèmes rencontrés, mais surtout psychologiques et sociales.

La première condition pour la mise en œuvre de l'intervention précoce, vise à proposer des possibilités de contacts. Elle comprend d'abord un espace de proximité

et de rencontre permettant l'identification initiale des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation et des activités d'intervention précises visant à éliminer les obstacles à la prestation des services. Les stands et les modes opératoires dans les milieux festifs sont donc primordiaux quant à la création de ces conditions.

L'engagement d'une discussion avec un professionnel de santé est une bonne occasion de changement positif. Des techniques d'entrevues brèves et comportementales sont utiles pour améliorer la réceptivité au changement parce qu'elles favorisent la collaboration avec les usagers et les inscrivent comme auteurs et acteurs de leurs changements, associées à des techniques d'entretiens motivationnels pour améliorer des approches d'interventions brèves. Il s'agit alors d'aider les usagers à examiner leur ambivalence au sujet de leur consommation et leur permettre de faire un choix face à leur balance décisionnelle.

Il s'agit enfin, de les inviter à s'inscrire dans un suivi qui peut devenir thérapeutique si nécessaire. ■



Pratique infirmière en psychiatrie avec les gens de la rue

Carole FAVRE,
Infirmière
Réseau Souffrances et
Précarité,
Hôpital Esquirol,
(Saint Maurice)

L'abord d'une « clinique de la rue » implique une observation longue et nécessaire, une écoute et une analyse des comportements humains dans la rue et du témoignage direct ou implicite de personnes qui y vivent, y évoluent et parfois y meurent en vain de toute forme d'aide ou d'accompagnement. Elle permet d'identifier les codes, les modes de fonctionnement et les logiques de survie qui s'opèrent dans la rue.

En tant qu'équipe soignante, nous adaptons nos interventions à ces réalités car il est difficile pour la personne de se rendre à un rendez-vous ou de s'y tenir, de tenir un engagement ou une parole, vu la densité et la complexité des paramètres qui conditionnent son quotidien.

Dans le cadre de nos suivis, nous comptabilisons les « non trouvés » comme un fait participant à l'élaboration de la clinique propre de la personne prise en charge : évitement, fuite, hospitalisation, désinvestissement, oubli, principe d'immédiateté...

Il n'est pas rare de constater que les lieux bruyants génèrent le silence, voire le mutisme de la personne. La voix et la parole n'ont peu ou plus de place et le corps s'est réorganisé en conséquence. La personne est parfois devenue sourde, aphone. Faute d'interlocuteurs, elle parle seule, chuchote ou s'est retranchée derrière des murs d'affaires étalées sur le sol, d'ordures, de sacs plastiques ou de cartons et astreint l'autre à se rapprocher d'elle ou à s'en éloigner définitivement.

Le travail de rue suppose cette conscience difficile du contexte dans lequel s'opère le « symptôme ». Le libre arbitre d'une personne d'organiser, de défendre voire d'afficher sa vie à la rue ne peut être mis à l'épreuve sans une très grande prudence au risque de déconstruire des systèmes défensifs installés et efficaces pour des résultats au mieux médiocres, parfois dramatiques.

Les rues de Paris sont devenues au fur et à mesure des années le siège de l'exercice des associations caritatives, des antennes de quartier d'aide aux sans-abri, des solidarités locales, individuelles (riverains, commerçants, paroisses...) qui représentent souvent les premières lignes de contact auprès des personnes. C'est après un temps de contact plus ou moins long et plus ou moins établi que la psychiatrie se voit interpellée pour une évaluation, une aide, comme une voie d'accès et d'accompagnement possible aux soins d'une personne en souffrance psychique.

Après une première étape d'évaluation de la « nature » de la demande et d'identifier lorsqu'elle existe, la personne ressource dans la situation (tuteur, travailleur social, 115, parfois ami ou commerçant...), l'équipe est amenée à aller rencontrer la personne signalée dans la rue et engager un travail.

La subjectivité des soignants et des travailleurs sociaux, les cultures professionnelles différentes et les histoires individuelles rendent ces premières approches longues et difficiles mais le travail n'en passe pas moins par la qualité d'un lien effectif. Cela exige une rigueur et un engagement quant à la mobilisation du soignant et du travail de l'équipe. Lorsqu'un travail s'engage, des passages réguliers s'organisent.

Lorsque la personne relève d'un suivi psychiatrique, il est indispensable de se rapprocher du secteur dont elle dépend, de travailler ensemble sur un accueil et un suivi de qualité, sur la question de la référence du lieu et de ses intervenants comme un repère stable possible.

C'est également dans cette perspective que nous sommes confrontés au refus de soins, d'où l'importance d'une relation de confiance qui s'inscrit dans le temps.

Ce travail doit tenir compte des effets bien prégnants de la rue sur les personnes : elle laisse des tra-

ces indélébiles, des cicatrices mal refermées. Elle est aussi un lieu de passage, de socialisation, de construction de repères, de rencontre, au prix parfois d'expériences douloureuses. Sans doute, l'équilibre demeure-t-il toujours un peu fragile. Les aspirations et les fantasmes autour de la « resocialisation » ou de la réinsertion agissent sur des représentations qui nous éloignent parfois de la réalité de la personne.

Agir dans le sens d'inscrire à tout prix une personne installée dans la rue dans un dispositif d'aide ou dans un cadre institutionnel peut paradoxalement produire une errance dont la personne avait réussi à se préserver en se « fixant » quelque part. Ceci par la multiplication et l'éclatement géographique des lieux ressources dans lesquels elle serait amenée à se rendre. Tandis qu'elle dort à tel endroit, elle mange ou se douche à tel autre, doit traverser la ville pour voir son médecin ou son assistante sociale ou encore récupérer des affaires laissées dans une consigne. La multiplication des lieux génère potentiellement celle des intervenants qui sont autant de personnes agissant sur l'usager et disposant chacun d'un point de vue de ses problèmes et des moyens d'y remédier. C'est une précarité du lien social, du lien affectif, du schéma corporel...

La personne référente ou ressource dans une prise en charge est importante. Mais les questions de transfert entre une personne sans-abri et un professionnel sont avant tout une affaire d'équipe dans sa capacité à se positionner face à un individu pour lequel la relation interindividuelle a longtemps été ponctuée par des échecs, des abandons, des ruptures. Aussi l'infirmier n'agit jamais seul mais dans le cadre d'une équipe et d'une institution et, pour notre part, dans celui du service public hospitalier.

Pratique infirmière en psychiatrie avec les gens de la rue (suite)

Toute la difficulté consiste à instituer un cadre de fonctionnement là où il fait défaut, puisque le champ d'intervention s'exerce « hors les murs » et se pense à l'instar des pratiques rencontrées « dans les murs ». Or, il semblerait que dans ce domaine, nous sommes encore à l'aube de penser l'institution psychiatrique hors des lieux dans lesquels elle existe classiquement. Au-delà de pratiques nouvelles qui tendent à se développer de plus en plus, il s'agit aussi de confronter sa pratique soignante à des réalités politiques. De fait, l'institution est de plus en plus amenée à se penser « ailleurs » car elle se voit sollicitée « ailleurs ». Ce n'est pas une nouveauté, les pouvoirs publics demandent à la psychiatrie de se positionner ou d'agir là où d'autres en amont n'ont pas réussi ou ont désinvesti. Quand il s'agit de la rue, elle arrive parfois en bout de chaîne des mailles infernales de l'exclusion et se voit interpellé pour évaluer ou agir sur des personnes qui ont été

exclus des exclus. La réalité est que la psychiatrie ne peut et ne doit répondre seule à ce débat sans risquer de s'immiscer à tous les coins de rue ou de porter atteinte aux droits des personnes qui vivent dans la rue. Les sujets rencontrés doivent rester au centre des préoccupations éthiques des soignants. Les nouvelles pratiques du prendre soin, les nouvelles approches des personnes, une clinique de plus en plus étoffée se veulent être une garantie face aux exigences des pouvoirs publics et aux politiques sécuritaires. Un véritable défi pour le soignant qui compose en permanence avec ses limites déontologiques, son champ de compétence et son cadre de fonctionnement.

Le cadre des pratiques est donc sans arrêt à reconstruire et cette expérience conduit à reconsidérer les règles et les représentations de la psychiatrie institutionnelle classique. Elle impose à chacun une réflexion sur ses actions

et sur les frontières éthiques auxquelles il se confronte.

Travailler en tant qu'infirmier psychiatrique dans la rue interroge d'emblée sur la légitimité de l'intervention d'une telle discipline en dehors des murs ou des cadres institutionnels dans lesquels elle s'exerce.

Pour répondre au débat sur la légitimité, il faut se souvenir que dans ce domaine rien n'est figé. Ce qui a du sens aujourd'hui sera scandaleux ou inadapté demain, ou l'inverse. La rue change. La population de rue aussi. Les représentations évoluent ou involuent en fonction des contextes politiques et socio économiques. La rue, en tant que domaine public, est en remaniement constant à travers les politiques sociales ou celles liées à l'urbanisme, à la sécurité, à la fonctionnalité, à l'esthétique... C'est précisément cette appartenance au domaine public qui fait d'elle le théâtre de la vie. ■



Souffrance psychique et mélancolisation

Jean-Pierre MARTIN,
Psychiatre,
Hôpital Esquirol
(Saint Maurice)

Dans l'approche quotidienne des sans-abri à la rue de façon durable, l'altération des corps est saisissante, en particulier quand l'incurie est au premier plan. Si la honte est l'expression fréquente de la souffrance psychique des intervenants, honte de ne pas apporter l'aide qui permet à l'exclu de sortir de cette dégradation, malaise des résonances avec nos propres craintes d'abandon, elle reste une capacité de réaction humaine encore disponible. Or le plus souvent, l'intervenant social ou soignant est pris dans cette réalité nue, capté par ce vide. Nous sommes nous-mêmes à nu, en perte de repères symboliques.

Comment construire un espace symbolique possible ? Cette question est celle de notre évolution actuelle de l'approche clinique dont nous allons tenter de rendre compte.

Un homme d'une cinquantaine d'année quitte brusquement son appartement à la suite de la mort de sa femme dans des conditions dramatiques, n'emmenant rien. Un refuge avec d'autres dans un couloir d'immeuble, l'alcool, marquent l'enfoncement dans une culpabilité qui envahit tout son univers psychique.

Dans le bois de Vincennes, un autre homme du même âge, d'origine maghrébine, a installé par couches successives un campement fait d'objets apparemment hétéroclites. Le délire de persécution est dominant avec des éléments d'agressions récentes et, plus loin, d'un séjour en Algérie traversé par la guerre civile. Il souffre dans son corps, accepte l'écoute et que l'on prenne soin de lui, mais récuse toute aide.

Deux figures qui renvoient à la mélancolie, mais dont le statut est différent : l'un est dans la perte, l'autre est dans le refuge ultime à la frontière de la société. Le premier est dans la culpabilité, le deuxième dans la honte, le

délire de filiation. Ces deux figures ont donné lieu à un travail de la même équipe soignante mais avec des pratiques cliniques très différentes.

Dans la première situation, plus classique dans la clinique de la mélancolie, les soignants se mobilisent pour la mise à l'abri dans un hébergement social médicalisé. Leur place soignante est d'emblée reconnue et prise dans le clivage mélancolique « vous ne pouvez rien pour moi », donc comme une parole subjective possible qui permet de déplacer le clivage mélancolique. Ils sont au centre, le pivot du réseau de partenaires qui sont mobilisés par cette situation.

La deuxième est celle de la mise en échec de cette possibilité par le déni du besoin de l'intervention soignante. L'approche soignante va se construire par le partage des passages avec les autres partenaires, chacun dans ses spécificités et ses compétences dans un tissage de mots et de paroles travaillés en commun et restitués au fil des passages au sujet. Le temps à prendre dans la constitution de cet entre-deux est essentiel pour faire apparaître une amorce de reconnaissance d'une altérité possible. C'est un temps où le prendre soin est partagé, en particulier au niveau des besoins corporels. Cette clinique de l'entre-deux amène les intervenants et les soignants à s'engager à une écoute qui laisse de côté le discours plaqué, pour laisser place à une intersubjectivité possible. Les passages réguliers des uns et des autres sont annoncés au sujet, le prendre soin est un acte d'ouverture par un réseau qui fait structure vers l'avenir et non un simple geste caritatif. Chaque petite avancée est mise en mots et restituée au sujet en souffrance. Elle a pour effet de sortir les partenaires non soignants de la souffrance psychique dont nous



faisons l'hypothèse qu'elle est une forme de mélancolisation du lien de l'intervenant dans son échec à constituer une parole humaine réciproque.

Nous rejoignons ici Olivier Douville qui propose l'hypothèse de mélancolisation du lien social pour rendre compte de la dégradation progressive des rapports du sujet à l'espace, au corps et au langage. Dans l'exclusion, les sujets en danger psychique sont des sujets ayant perdu le sens de leur corps, de l'intégrité de leur corps, de la cohésion de leur corps. Une petite parcelle d'objet ou de vêtement constitue pour ces sujets leur ultime refuge, leur ultime « je »... marque, stigmatte mettant frein au sentiment d'exclusion... par lequel on reste vu. En reprenant cette hypothèse, nous accédons à la réelle souffrance psychique des intervenants et pas uniquement à leur échec institutionnel. A l'opposé, c'est le travail d'aide et d'appui-soutien à ces intervenants qui leur permet de tenir une place d'échappement à la mélancolisation, à leur propre mélancolisation, et d'accéder à l'institution d'une parole structurante sur le plan symbolique. Quand un tel travail aboutit, ce réseau entre partenaires sert de support à l'accès aux soins car il dépasse potentiellement le clivage mélancolique et rend la position soignante possible. ■

« Aujourd'hui, je n'ai vu que de la précarité »

Interview de

Mohamed SAOUD,

Psychiatre,
Maître de conférences
des Universités,
Praticien hospitalier,
Docteur ès Sciences,
Service du
Pr Thierry D'Amato,
Pôle Est,
Pr Jean Daléry,
CH le Vinatier (Bron)

■ **Je voudrais vous interroger sur cette phrase que vous m'avez dite un jour, épuisé, en revenant du CMP : « aujourd'hui je n'ai vu que de la précarité ».**

Je me souviens de cette journée. Je me suis senti submergé par quelque chose qui dépassait le cadre de ma pratique habituelle.

■ **Votre pratique habituelle ?**

Ma pratique est la psychiatrie générale. Lorsque je parle de pathologie caractérisée, il s'agit essentiellement de patients qui sortent de l'hôpital, pour lesquels un diagnostic est déjà établi. Mais ce jour-là dont vous parlez, il y avait eu un changement du mode d'accueil au CMP, il avait été proposé que les médecins fassent aussi l'accueil, au lieu que ce soit les infirmières ou les psychologues uniquement.

■ **C'était un accueil de la première demande ?**

Oui, une primo consultation.

■ **Les patients dont vous vous souvenez venaient d'eux-mêmes ?**

Pour certains, oui. Il a fallu travailler avec eux sur le motif de la demande. Ce n'est pas évident au début. Ce qui transparissait au début était une souffrance, une tristesse réelle. Ils sont venus au CMP sur conseil du médecin ou de leur entourage. Il a fallu d'abord se mettre à l'écoute pour définir le motif de la consultation, ce qui amenait ces gens à consulter.

■ **Au début, il y avait une indétermination ?**

Oui, les gens étaient perdus. Moi aussi, d'ailleurs, par rapport à mon activité habituelle balisée.

■ **Vous vous souvenez des situations plus précisément ?**

Certaines, oui. Une patiente avait une petite entreprise d'esthétique. Elle avait ouvert un deuxième magasin qui a fait faillite et s'est retrouvée du jour au lendemain poursuivie par les huissiers, abandonnée par son mari, par ses amis, ne sachant pas où donner de la tête. Je lui ai parlé

de dossiers de surendettement, elle ne savait même pas que cela existait. Elle exprimait de la tristesse vis-à-vis de ce qu'elle avait perdu, sa demande n'était pas claire. Elle restait quand même d'une humeur assez fluctuante. Il a suffi de lui proposer un soutien psychologique et un accompagnement social.

■ **Un soutien psychologique par qui ?**

Par le psychologue et un suivi par l'assistante sociale.

■ **Vous avez suivi cette situation par la suite, qu'en avez-vous su ?**

Qu'un dossier de surendettement était en cours. Que la patiente avait réussi à trouver du travail, qu'elle allait mieux. Ça confirmait l'impression du début : ce n'était pas un état pathologique caractérisé, mais une souffrance liée à une situation de précarité survenue brutalement.

■ **Comment peut-on comprendre qu'elle soit venue voir un psychiatre par rapport à cette situation de précarité survenue brutalement ?**

Elle n'arrêtait pas de pleurer. On lui a conseillé d'aller consulter. Elle est allée voir son médecin traitant qui voulait la mettre sous antidépresseur et elle refusait de prendre des médicaments ; donc, il lui a proposé de consulter au CMP.

■ **Vous pensiez que son refus de médicaments était justifié ?**

Oui, pour cette situation précise. Je travaille en utilisant des critères nosographiques. Elle ne remplissait pas ces critères. On aurait pu parler d'épisode dépressif mineur et selon les recommandations de l'ANAES¹, c'est la psychothérapie en premier, pas de nécessité de médicament.

■ **Comment vous définiriez la précarité ?**

C'est quelque chose qu'on ne nous apprend pas à la fac de médecine, ça ne fait pas partie de la nosographie !

Oui, ça ne fait pas partie de la nosographie. Je la définirais en termes de déficit ou de manque. Pas seulement économique, ça peut être une précarité affective. Par exemple, une patiente venait juste de dépasser la quarantaine, elle élevait une adolescente, travaillait comme aide pour personnes âgées et s'occupait en même temps de sa mère. A un certain moment, elle s'est retrouvée submergée par des sentiments de tristesse inexplicables, pleurant, pour elle de manière injustifiée. Mais en fait, cette dame était en train de faire le bilan de sa vie, vivant dans une solitude extrême et courant après des besoins économiques pour subvenir aux besoins de sa fille pour laquelle elle espérait

(suite page 11)



« Aujourd'hui, je n'ai vu que de la précarité » (suite)



un avenir meilleur. C'est ce que je qualifierais de précarité affective. Elle avait l'impression de donner de l'amour et de ne pas en recevoir en retour. Il y a aussi, pour certains patients, ce que j'appellerai une précarité environnementale, des gens qui vivent sans amis, sans relations, avec leur famille, dans une espèce d'autarcie, avec une carence sexuelle totale. D'ailleurs ça a été la demande de la patiente dans cette situation : elle était venue pour un tableau dépressif, et n'avait plus de rapport sexuel avec son mari, elle ne pouvait pas le quitter pour des raisons économiques parce qu'ils avaient acheté la maison ensemble. Son mari, vu par un autre collègue, pense la même chose.

■ Autarcie de l'un par rapport à l'autre dans son couple. Chacun vit seul ?
Chacun vit seul, en autarcie, aussi par rapport au monde environnant.

■ Cela correspond bien aux troubles ordinaires de la précarité : l'isolement, rompre les amarres, l'autarcie. Les mots retenus, c'est « être submergé ».
Mais par quoi ?
Par la tristesse. Pour eux, ils pleuraient sans arrêt, c'était incompréhensible.

■ Une tristesse que l'on peut qualifier comment, quand on est un psychiatre scientifique ?
Je n'aime pas le terme de psychiatre scientifique. La science, je l'utilise dans le cadre de la recherche, avec un souci constant pour la mise en pratique sous forme d'une

interrogation « et alors ? ». J'ai une autre position dans ma pratique, plus médicale. C'est-à-dire des critères diagnostics et une orientation thérapeutique qui peut être médicamenteuse ou psychothérapeutique, quelle que soit la psychothérapie. Si on veut retourner à l'ancienne nosographie, on parlerait de dépression réactionnelle. Sur cette tristesse, ce submergement, je vois que, malgré tout, notre action est importante pour prévenir la survenue d'une dépression caractérisée, une dépression d'épuisement, comme l'appelaient les américains : la dépression des managers.

■ Dépression des managers pour les prolétaires aussi ?
Oui, pour les prolétaires, pour le tiers monde ; on l'a qualifié de « dépression des ménagères ». Une dépression d'épuisement, à force de lutter par rapport à ce qui leur arrive. Ces gens sont submergés par des événements extérieurs.

■ Vous-même, vous étiez malheureux après, sémiologiquement vous étiez malheureux, épuisé ?
Oui, réaction humaine normale. Parce qu'on a beau dire, écouter la souffrance, c'est la ressentir. La différence avec les autres journées de consultations du mois, c'était l'accumulation. J'avais en face de moi des gens submergés par des événements à tel point que moi, au bout de la consultation, j'étais submergé par ce que j'avais entendu.

■ Vous qui êtes dans la psychiatrie universitaire, qu'est-ce que vous enseigneriez aux étudiants par rapport à cette expérience ? Pour des personnes qui seraient ordinairement en première ligne, qu'est-ce que vous leur diriez ?
La première chose, c'est de différencier une souffrance d'une pathologie psychiatrique caractérisée. C'est le cas de la patiente où le médecin généraliste voulait d'emblée mettre un antidépresseur : là, non. Comprendre avant de prendre une décision.

■ Vous dites exactement ce que j'enseigne sur le plan de la précarité. C'est comme si vous aviez été « touché par la grâce » de comprendre ce qu'est la souffrance sociale en une demi-journée. Ce jour-là, il s'est passé un événement !
En l'occurrence, j'ai été médecin non prescripteur mais préventif.

■ Ça fait partie de la prévention ?
Oui, on est face à de la prévention primaire au sens vaccinal du terme. C'est-à-dire éviter à ces gens d'être traités abusivement. Le problème constaté par toutes les études de pharmacologie épidémiologie : 50 % des patients vraiment déprimés ne sont pas traités et 50 % sont traités à tort.

■ Vous m'aviez dit avoir pris une heure pour chacun de ces trois patients pour dépiauter ce qu'il en était, le diagnostic différentiel...
Je commence toujours par me présenter, demander la permission de prendre quelques informations. Ça permet de voir la réaction de la personne lorsqu'on lui demande sa date de naissance. Après je demande le motif, je leur demande de choisir un mot, celui qui vous vient en tête. Il y en a qui disent « désespoir, tristesse, pleurs... », et après je leur dis « je vous écoute ». Là, j'essaie de retrouver ce désespoir ou cette tristesse. Bien sûr après, j'essaie de structurer un peu plus l'entretien pour voir si on est face à une pathologie psychiatrique ou non. C'est en ça qu'on est préventif : quelles sont les actions à mettre en place pour prévenir une décompensation.

■ Et alors, là, quand vous leur avez demandé à ces trois personnes : pourquoi vous venez me voir, qu'ont-elles répondu ?
Je me rappelle du mot désespoir. Mais en revenant aux dossiers, j'ai trouvé les mots « abattue », « lassitude », « perdue, énervée ».

Propos recueillis par Jean Furtos

Bibliographie

D'Amato T., Saoud M. (2006). *La Schizophrénie de l'Adulte, des causes aux traitements*, Edition Masson, Collection Les âges de la vie.

Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, Paris. ANAES, mai 2002.

La victimité, émergence d'un processus et d'un dispositif

Une approche controversée

Ce n'est pas sans certaines controverses que la victimologie est en passe, si ce n'est déjà fait, de constituer une branche à part entière de la psychologie et de la psychiatrie, tant du point de vue psycho-dynamique que du point de vue des dispositifs d'interventions ; controverses dont on ose espérer qu'elles ne doivent leur intensité qu'à certains malentendus tenant entre autres choses :

- à ses premiers questionnements autour de la « culpabilité versus responsabilité » de la victime et de son rôle dans l'acte accidentel ou infractionnel ;
- à une méconnaissance des conditions historiques et anthropologiques sur le fond desquelles ce souci pour le fait victimal (la victimité) s'est formé,
- à l'usage, insuffisamment explicité, de termes importés du champ du droit à celui de la psychologie, comme celui précisément de victime, pouvant laisser accroire à un manque total de distance critique à l'égard de ce qui ne serait qu'une forme de consumérisme ou d'infantilisme, d'autres diraient de populisme.

Du premier point l'on dira brièvement que la question a valu moins par les réponses qui y ont été apportées que par la différenciation heuristique que son analyse critique et son dépassement ont permis entre mode opératoire et mode de vie, *modus operandi* et *modus vivendi*, responsabilité juridique et responsabilité psychique, culpabilité psychologique et culpabilité juridique, ainsi qu'une réflexion renouvelée et refondatrice d'un point de vue clinique sur le « couple pénal ».

Du second l'on dira que la victime est d'abord une construction sociale émergente au 19^{ème} siècle autour et à partir de l'invention de l'accident comme injustice et non plus comme aléa ainsi que de la notion de risque qui en est le corollaire, justifiant non seulement sa prévention

mais surtout sa couverture par la collectivité selon un principe nouveau, la solidarité. Ensuite, et cela à partir des années 1950-60, d'abord très discrètement puis avec l'accélération que l'on connaît aujourd'hui, autour de l'idée générique de souffrance psychique et de ses conséquences à moyen et long terme, en lien avec non seulement l'injustice, mais les inégalités face au droit : droits des femmes, de l'enfant, droits de l'homme justifiant un « devoir d'ingérence » selon un même principe de solidarité étendu à l'humanité, hors toutes frontières et droits locaux..., autant d'enjeux pour des combats politiques contre la violence que constitue dès lors toute inégalité ou déni de droit.

De là une réponse au troisième malentendu en deux points :

- pour l'intervenant psy, cette victimité représente une nouvelle modalité existentielle pour chacun de s'expliquer avec lui-même saisi dans un dommage et dont l'on ne peut en faire fi, sinon dans quelque chose s'apparentant à un déni au profit de l'idéalisation d'un cadre déjà là, déjà construit ; car avec la victimité l'on constate un déplacement considérable des enjeux psychiques qui sont passés d'une problématique de culpabilité autour de questions tenant au désir et à sa légitimité à une problématique de responsabilité autour de questions de dette et de devoir. Ce n'est plus le péché, futil laïque, qui est au cœur de nos préoccupations, mais autrui. En cela, l'on pourrait dire que jusqu'à un certain point la victimité représente l'un des « fondements culturels » de notre personnalité contemporaine.

- cette sensibilité au fait victimal nous a par ailleurs collectivement rendus sensibles, comme nous le soulignons précédemment, aux retombées psychiques et sociales de ces atteintes, sur une ou plusieurs générations, justifiant à chaque fois l'invention de dispositifs spécifiques au plus près des formes de victimisations primaires ou secondaires prises en charge.

Psychotraumatologie ou psychovictimologie ?

Il serait erroné de croire que cette victimologie, à laquelle il a fallu adjoindre le qualificatif de clinique pour bien marquer son champ nouveau de compétences et d'intervention, cela au travers d'une dimension politique dont on ne pouvait abstraire la singularité et la subjectivité, se soit récemment inventée de toutes pièces. Elle s'appuie sur... et s'adosse à ... des savoirs et savoir-faire anciens qui, mis dans la perspective nouvelle d'une politique de santé publique, lui donnent sa forme actuelle et ses contenus :

- ses objets : les événements intentionnels ou accidentels et leurs retombées psychiques ; les relations d'emprise...

- sa doctrine : importance de la verbalisation précoce, primat accordé à l'offre d'aide travail sur l'attente d'une éventuelle demande, travail de restauration des enveloppes psychiques plus ou moins déstructurées par l'événement ou la situation de violence...

- ses dispositifs : cellules médico-psychologiques, cellules d'interventions, consultations spécialisées...

- ses méthodes : entretiens centrés sur l'événement et ses retombées immédiates, accompagnement psychologique intégrant dimensions psychologique et juridique, travail de reconstitution de normes différenciatrices, décryptage des modes et processus d'agression et d'emprise...

- ses formations dans un quadruple contexte : médical, psychologique, juridique, de gouvernance. La notion de trauma est héritée de cette histoire. Le problème est qu'elle fait massivement référence à une théorie de l'inconscient et du fait psychique qui ne sont pas à même (puisque ce n'est pas leur objet) de rendre compte de cette dimension d'altérité propre à toute problématique victimale, si l'on entend par celle-ci que ce qui caractérise en premier lieu le victimé est son incapacité plus ou moins totale à différencier de « l'auteur », même hypothétique comme dans le cas d'événements

Pascal PIGNOL,

Psychologue,
Cellule de Victimologie,
Service du Dr Jago,
CH Guillaume Régnier,
Rennes

Loïck M. VILLERBU,

Professeur de
Psychopathologie et
Criminologie, Directeur de
l'Institut de Criminologie et
Sciences Humaines,
Membre de l'Equipe
d'accueil 22-42,
Université de Rennes 2

Bibliographie

Damiani C., (2005)
L'accompagnement des
victimes, *Rhizome* N° 20,
p.5.

Villerbu LM. (2005)
Le psychologie en
Psychiatrie,
l'accompagnement de tous
les changements,
Rhizome N°19, p. 2-3.

Fassin D., Bourdelais P.
(dir). (2005). *Les construc-
tions de l'intolérable. Etudes
d'anthropologie et d'histoire
sur les frontières de l'espace
moral*, Paris, La Découverte.

Fassin D., Rechtman R.
(2007). *L'empire du trauma-
tisme*, Paris, Flammarion.

Cario R., (2001).
*Victimologie, de l'effraction
du lien intersubjectif à la
restauration du lien social*.
Paris, L'Harmattan.

Ewald F. (1986), *L'Etat
providence*, Paris, Grasset.

La victimité, émergence d'un processus et d'un dispositif (suite)

non intentionnels, et de la « victime », en termes de culpabilité et de responsabilité non seulement juridiques mais aussi et surtout psychiques.

D'où l'ambiguïté de la notion contemporaine de psychotraumatologie qui en est dérivée, qui véhicule peu ou prou cette théorie de l'inconscient et tend, de fait, à occulter le versant politique du malaise psychique, du point de vue institutionnel (le traitement ou la prise en charge), clinique (l'aliénation d'une position existentielle) et politique (le rapport du droit et de la sensibilité contemporaine). Peut-être serait-il alors pertinent d'y substituer le terme de « psychovicti-

mologie » pour signifier que c'est bien d'atteinte psychique dont il est question, tout en prenant en compte le versant politique (ou socio-juridique) de ce malaise.

Une telle psychovictimologie exige en retour une autre problématique psychopathologique, non plus de structure, mais intégrant les conditions de production et de perpétuation des formes de victimisation dont elle a à prendre en charge les retombées : une psychopathologie du lien au travers des processus par lesquels elle se crée et se perpétue. Ce lien est à saisir dans la diversité des relations et des lieux sociaux dans et par lesquels il s'impose et s'éprouve : école, tra-

vail, voisinage, couple, famille..., ou encore relation éducative, amoureuse, de travail, de cohabitation... plus ou moins traduit dans les codes pénal, de la famille, civil, administratif... et trop souvent occulté dans une univoque disposition thérapeutique.

Et ce sont les ratés de ce lien qui se déclinent en formes cliniques diverses : maltraitance, harcèlement, emprise psychologique, prise d'otage, agressions physiques, sexuelles, escroquerie, atteintes aux biens, aux mœurs, violences conjugales, emprise sectaire...

L'enjeu sous-jacent en est ainsi bien les plus contemporaines de nos insécurités. ■

« Il faut le laisser tranquille... il a bac plus 5 »

Depuis quand sa petite voiture était-elle garée là, dans le froid de cette fin de matinée de décembre 2008, au bord de cette route de la Vallée de la Lys ? Je n'en savais trop rien. Toujours est-il que je m'étais arrêté. J'avais entendu parler de cet homme vivant reclus dans sa voiture et dont la situation précaire préoccupait mairies, gendarmerie et services sociaux. Il était là, derrière les vitres sales de l'auto, sa tête hirsute rejetée en arrière, découvrant une barbe de plusieurs jours. Je le crus mort.

Il finit par bouger pourtant, au milieu de ses immondices, calé sur un mauvais matelas souillé. Il était jeune, la trentaine, très amaigri, souriant curieusement alors qu'il baissait difficilement sa vitre de portière. Manifestement, je l'avais réveillé. Il s'étonna de mon intérêt pour lui, s'en agaça. Non, il n'avait pas besoin d'aide, il n'avait pas froid, il n'avait pas faim. Non, il n'avait pas besoin d'une douche.

Et puis, il ajouta qu'il avait compris et que tout ne se passerait pas comme ça : le système mondial l'avait localisé, il le savait et d'ailleurs il m'attendait. J'en étais l'agent. La crise signifiait son repérage par les forces « en toute présence »... Je n'écoutais pas la radio ? Le responsable c'était la bourse, la science « technique », l'Allemagne, encore une fois... Nous nous trouvions non loin d'un de ces petits cimetières militaires allemands de la première guerre mondiale qui parsèment, à la lisière des petites villes, ces endroits que nous appelons dans le Nord « les écarts ».

Ma présence lui parut tout sauf un hasard... Voilà que la psychiatrie s'en mêlait... Un psychiatre allemand évidemment...

Un cycliste qui passait s'arrêta. Il connaissait l'homme. Il fallait le laisser tranquille, c'était quelqu'un de bien... « Un bac plus 5 ! Vous le saviez ? Ses parents habitent la commune voisine ». Il reprit sa route en répétant « Oui, un bac plus 5 ! ». Je disais à l'homme dans sa voiture ma disponibilité et m'en allais. Le lendemain, il avait disparu. J'appris qu'il se déplaçait de quelques kilomètres de temps en temps comme jouant sur les limites des territoires des municipalités, des compétences de la police ou de la gendarmerie qu'il semblait bien connaître. Il évitait les grands axes routiers, garé à l'orée d'un bois, dans une carrière, parfois obligé de trouver un autre poste de non-observation. Une fois, il fut rattrapé par le déboisement. La police le connaissait. Il était rarement verbalisé : « tant qu'il ne trouble pas l'ordre public... ». Non, vraiment, tout était en ordre et surtout il ne restait pas en place. Une fois ici, une autre fois ailleurs ; mobile en fait, une précarité automobile, hyper mobile, plus mobile que les équipes mobiles...

Et il trimbalait comme ça depuis des mois ses reproches et ses récriminations envers la terre entière et ses parents, délirant et déprimant dans l'habitable étroit, sale et mondialisé de sa petite auto. Il ne la quittait pour ainsi dire plus. Elle se détériorait comme lui, elle devenait sa peau, mais ses phares cassés éclairaient encore suffisamment ce qu'il appelait « l'immobilité du monde ». Il lui suffisait de regarder autour de lui.

Christian Muller, Psychiatre,
EPSM Lille Métropole

Quelle place reste-t-il pour la clinique avec les demandeurs d'asile ?

Les professionnels qui soignent des victimes de la torture et de la violence politique ont été pris ces dernières années dans des questions en étroite relation avec le contexte politique. En effet, la clinique des demandeurs d'asile a été brutalement interrogée au moment où une nouvelle politique d'immigration se mettait en place en France et en Europe. Des questions lancinantes sont montées des professionnels (médecins et psychologues), témoins du désarroi qui les atteignait : fallait-il un écrit médical pour prouver les tortures que le requérant disait avoir subies, pour apporter une preuve irréfutable face aux institutions de l'Etat en charge d'examiner les demandes d'asile ?

Claire MESTRE,
Psychiatre et anthropologue,
Présidente de
l'association Mana,
CHU de Bordeaux

¹ L'Office Français de Protection des Réfugiés Politiques et Apatrides (OFPRA) et la Cour Nationale du droit d'asile (CNDA)

² Les personnes demandent un enregistrement à la Préfecture, après avoir reçu une Obligation de quitter le territoire français. Ensuite un certificat médical est rédigé par un médecin agréé ou bien par un praticien hospitalier, et est envoyé au Médecin Inspecteur de Santé Publique, dont la décision est entérinée (ou pas) par la Préfecture.

Bibliographie

Mestre C., La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social, in *L'évolution psychiatrique*, Volume 71, juillet-septembre 2006, p. 535-544.

Mestre C., Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques, in *L'autre, cliniques cultures et sociétés*, N°29.

Quelles incidences sur la clinique traumatique du désaveu que représente le déboutement ? Quelle attitude face à un patient qui voit non seulement son avenir s'assombrir mais sa vie menacée par une possible et brutale expulsion ? Que faire de notre réprobation voire de notre révolte ? Autant de questions légitimes qui nécessitent le détour par une réflexion sur la politique migratoire de notre pays, et sur la position de professionnels qui, la plupart du temps, ont fait le choix de soigner des victimes de la torture et de s'atteler à une clinique difficile. Les thérapeutes ont dû modifier leur pratique sous la contrainte de la politique actuelle de restriction des « flux migratoires ». Celle-ci a eu pour effet de mettre en lumière l'exercice méticuleux qui est de soigner des personnes atteintes de traumatisme. Ce n'est pas, dans ce contexte, le traumatisme comme mesure de la vérité qui triompherait, mais la vision désormais manichéenne des demandeurs d'asile : victimes ou menteurs, à laquelle les thérapeutes devraient se soumettre ; cette vision disqualifie et rend inaudible les paroles de ceux qui cherchent nos soins, notre écoute et notre protection.

Quelles sont ces situations nouvelles ? J'y répondrai à partir de mon expérience de psychiatre

psychothérapeute intervenant auprès des populations étrangères demandeuses d'asile depuis désormais une décennie. Je ne me situe pas en tant qu'expert, mais en tant que soignante ; le prendre soin suppose du temps, l'élaboration d'une relation parfois difficile à des patients qui consultent dans des contextes très pénibles.

La clinique du trauma, en elle-même ardue, se complexifie aujourd'hui sous la contrainte d'un contexte d'accueil perçu par le requérant (et le clinicien bien sûr) comme profondément méfiant et disqualifiant vis-à-vis de sa parole. De plus, l'écoute du clinicien peut être parasitée par les échéances de la demande d'asile. Ainsi plusieurs temporalités coexistent : celle de la pensée du demandeur d'asile en souffrance, celle de la procédure, et enfin celle du psychothérapeute pris entre la nécessité et l'exigence du soin et la perspective du passage du patient devant les instances de l'Etat¹, devant lesquelles il sait que se joue l'avenir du requérant ; son avenir administratif et concret, mais aussi son avenir psychique.

L'élaboration psychique d'un vécu très traumatique, mais aussi l'écriture d'un récit destiné aux instances étatiques, même si elles ne coïncident pas dans le choix des mots, nécessitent un temps qui, de façon fréquente ne colle pas avec la rapidité des procédures. Le médecin soignant, s'il rédige un certificat, connaît sa portée limitée dans le dossier du demandeur d'asile, mais il n'en reste pas moins, que la rédaction procède d'un moment précieux dans la poursuite des rencontres. Le patient voit à travers les mots d'un autre les signes d'une reconnaissance fondamentale.

L'annonce du déboutement, de plus en plus fréquent, constitue un événement de portée considérable dans le soin. Les personnes qui reçoivent la réponse négative de la CNDA¹, vivent cette annonce dans le plus grand des désespoirs. L'ampleur du désastre entraîné par ce désaveu est difficile à évaluer. La procédure, de

l'observation même de ceux qui ont été les témoins ou les acteurs lucides, est celle d'une action de délégitimation dévastatrice. L'exigence de preuves de persécution et de cohérence du récit représente un obstacle quasi infranchissable pour la plupart. Sur le plan clinique, le rejet met alors en danger l'intégrité même du sujet : son discours a été reçu par quelqu'un qui dénie sa parole. L'annonce les retraumatise, ravive les blessures et introduit subrepticement le doute sur leur valeur, leur vie et les risques qu'ils ont pris.

Le médecin devra alors participer à la demande de statut « d'étranger malade », légitime devant la loi, mais dont l'obtention est soumise aux aléas d'une procédure semée d'embûches² : pour la personne déboutée mais aussi pour les médecins. Ces démarches évoluent dans un contexte national où a été proclamée la nécessité d'une lutte sans merci à l'égard des étrangers en situation irrégulière avec en prime l'obligation pour l'administration d'atteindre un certain nombre d'expulsions. Les patients font donc potentiellement partie du bataillon des expulsables : le droit au séjour des étrangers malades est aujourd'hui menacé par des instances étatiques pour lesquelles ceux qui le revendiquent, malades comme médecins, sont devenus suspects.

Le soignant est alors contraint de s'inscrire dans un réseau qui a pour but d'aider le requérant : travailleurs sociaux, mais aussi militants et associations de défense des droits humains, avocats...

Mon action, mon savoir et mon discours ne sont pas indépendants des circonstances qui l'accompagnent. Ma position se veut celle d'une psychothérapeute attentive aux souffrances des victimes de la torture et de la répression politique mais aussi celle d'une protestation à un ordre injuste, et qui réfléchissant sur sa position, s'efforce d'identifier le jeu de l'autre, qui, à ce jour, a pour nom rejet. ■

Une histoire d'amour « hivernale »

Demander d'asile en attente d'une place en CADA¹, il est arrivé un jour dans le dispositif hivernal d'hébergement. Il avait l'air exténué, comme absent de lui-même, mais parlait beaucoup. On sentait dans ses flots de paroles à la fois une souffrance - évocation de la torture, de l'éloignement, de l'exil - et une amertume ou une sorte de colère contre un manque d'accueil (procédures contraignantes, attente insupportable d'un hébergement, etc.).

Rached SFAR,

Responsable service asile,
Responsable de CADA,
ADATE, Grenoble

¹ Centre d'Accueil pour
Demandeurs d'Asile

Quelques jours après, la nouvelle a circulé à son sujet : il est amoureux d'une compatriote, hébergée également dans le même dispositif. La révélation de cet amour avait comme changé les rapports des autres hébergés à ce couple. Une sorte de permissivité ou de tolérance, voire d'encouragement silencieux, se lisait dans les comportements : on libérait la place à côté de l'un lorsque l'autre arrivait dans la salle, on tolérait sa présence dans la cuisine lorsque c'était son tour à elle de préparer le repas, etc. Son comportement avait changé également. Il s'efforçait de se rendre présent en aidant partout, en se montrant serviable avec tout le monde. Il ne parlait plus beaucoup, mais affichait beaucoup de sourires et de pudeur.



Cette rencontre et cet amour illustrent une des dimensions que nous avons toujours souhaité insuffler dans ce dispositif : au-delà du technique, retrouver toujours l'humain, en capacité communautaire de surmonter les difficultés rencontrées. Après le départ de sa bien-aimée (relogée dans un CADA sur une commune que nous nommerons Fleury), notre amoureux se présentait quasiment tous les jours à

l'accueil pour demander si on lui avait trouvé une place. Cette demande était celle de tous les hébergés dans le dispositif hivernal, angoissés par la perspective de se retrouver à la rue à la fin de l'hiver. Mais ce qui le tourmentait le plus, c'était de se voir attribuer une place CADA loin de sa bien-aimée (attribution qu'il ne pourrait pas théoriquement refuser). Lors de la séance d'information collective annonçant les affectations en CADA, il fut informé qu'une place lui avait été attribuée par la Commission de Coordination et de Concertation, que nous nommerons St Martin et éloignée de celle où résidait sa compatriote. La bonne nouvelle fut du coup pour lui une « mauvaise » : « Il n'y a pas de place au CADA de Fleury s'il vous plaît ? » demanda-t-il presque anéanti. « Pourquoi Fleury ? » lui ai-je demandé. Il a juste baissé la tête esquissant un sourire gêné. Par contre, toute l'assemblée, au courant de son histoire d'amour, a ri. Les histoires humaines comme celle-là mettent à l'épreuve les dispositifs. Ces derniers sont conçus dans une gestion qui ne peut pas toujours tenir compte des singularités et de l'imprévisibilité de la vie : ici, une histoire d'amour entre deux personnes, profondément atteintes dans leur existence, qui ne se connaissaient pas mais dont la rencontre, dans le cadre du dispositif hivernal pour demandeurs d'asile, a permis de projeter quelque chose qui contient la promesse de mobiliser de nouvelles forces de vie pour s'en sortir ensemble.

Conscient de cette problématique, je me suis donc adressé à une responsable du CADA de Fleury, lui demandant de réserver une place pour cette personne. Il était nécessaire d'argumenter : les « histoires d'amour » ne se suffisent pas malheureusement par elles-mêmes à convaincre un « dispositif ». J'ai dû donc construire mon argumentaire autour des points suivants :

- que l'une des fonctions de l'accueil dans les CADA, c'est de permettre aux personnes accueillies, quand c'est possible, de briser la solitude du vécu de l'exil.
- que ce n'était pas seulement une question de « place » à attribuer mais de soutien à des personnes qui

s'épaulent dans leur « galère » pour s'en sortir.

- qu'il faut comprendre cette demande comme la reconnaissance d'une situation pouvant aider la personne concernée à trouver une possibilité de dépassement à l'extrême souffrance qu'elle vit.

- que l'enjeu psychique de la survie qui en découle, passe probablement par le recours à d'autres raisons de vivre, sans annuler ni la blessure ni la procédure (possibilité de résilience).

La Commission a fini, après échange, par donner un avis favorable, sous condition d'acceptation de l'autre personne concernée. La prime pour le CADA – toujours le spectre du calcul ! - étant la possibilité de gagner une place si les deux personnes décident d'occuper la même chambre !

Le calcul fut juste : les deux personnes partagent effectivement aujourd'hui la même chambre.

Quant à nous, nous restons tous avec les mêmes questions : A-t-on bien fait ? Et si cela se passait mal entre eux ? La réparation « par l'amour » permet-elle de mieux supporter le préjudice subi et d'en atténuer le malheur ? Quelles répercussions sur les procédures concernant l'un et l'autre ?...

Nous n'aurons probablement pas réponse à toutes ces questions (mais doit-on absolument l'avoir ?). Cependant, nous restons convaincus que cette histoire – et bien d'autres abritées par les CADA – nous apprend à aiguïser notre écoute de ce qui est de l'ordre de la « vie » dans ce genre de dispositif. Au-delà de l'hébergement au sens propre, au-delà du souci même de l'accompagnement des procédures en tant que telles, et malgré le court laps de temps pendant lequel nous accompagnons les personnes que nous accueillons, les dispositifs forment des creusets de rencontres, des lieux-temps, entre-deux dans lesquels se construisent des possibilités de relance qu'il nous faut savoir détecter et accompagner. Donner asile a un sens éthique : répondre, au-delà du registre du besoin, à celui de l'attente d'une nouvelle possibilité de vie. ■

Nous avons lu

■ Le pulsionnel et le politique

Virginie Vaysse et Claude Wacjman (dir), Psychologie Clinique n° 26, L'Harmattan.

Ce numéro est traversé par la question du pulsionnel et du politique, du lien donc entre psychanalyse et politique. De là partent les difficultés que rencontre aujourd'hui la psychanalyse dans sa confrontation à la dimension politique. La vie politique, en raison de sa jouissance de pouvoir, peut se mettre au service des pulsions les plus intraitables. Une question s'impose, celle de la promotion d'une politique de massification, que ce soit au nom du réalisme du marché ou d'un angélisme de la démocratie consumériste.

■ Pauvretés, Précarités, Exclusions

Dossier annuel 2009 de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE).

Comment rendre compte d'un état des lieux dans une période où chaque jour apporte de nouveaux qualificatifs à la crise qui affecte nos sociétés ? Ce rapport, qui laisse une place importante à la parole des personnes vivant des situations de pauvreté et de précarité, invite à penser de nouveaux modes d'action et appelle à constituer des lieux de partage et de solidarité.

■ Fragmentation d'un lieu commun

Jane Sautière, Editeur Verticales, Collection Minimales, mars 2003.

100 textes brefs, segments d'un travail d'éducation pénitentiaire et traces de ceux rencontrés de part et d'autre des barreaux. Ecrit dans une langue d'extrême densité, ce livre n'est pas une solution technique, administrative au problème de l'enfermement, mais une inscription contre l'oubli.

Agenda

■ Prendre soin : continuité des soins, partage des savoirs et lien social

58^{èmes} Journées nationales de formation continue organisée par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine les 28 et 29 septembre 2009, Palais des congrès, Béziers.

Contact : FASM-Croix-marine Tél. : 01 45 96 06 36 - Fax : 01 45 96 06 05

E-mail croixmarine@wanadoo.fr - Site : <http://www.croixmarine.com>

■ Adolescence et métamorphoses

Congrès international organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale les 9, 10 et 11 décembre 2009 au Centre Culturel et de Congrès de Woluwé Saint-Pierre, Bruxelles.

Contact : L.B.F.S.M. Tél 02/511.55.43 - Fax : 02/511.52.76

E-mail : emessens@skynet.be

■ Professions en précarité ?

Journée d'étude organisée le 5 Octobre 2009 par l'ONSMP-ORSPERE et le Service d'Appui en Santé Mentale et Exclusion Sociale, en collaboration avec le Conseil Régional Rhône-Alpes et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Contact : SMES, Centre hospitalier Sainte Anne, Paris.

Tél. 01 45 65 87 95 - E-mail : v.frugier@ch-sainte-anne.fr

Hommage

Le Docteur Jacques Simonnet nous a quitté le 5 juin 2009

Psychiatre, ancien chef de service à l'hôpital Sainte Anne, le Docteur Jacques Simonnet a eu un rôle de pionnier pour la prise en charge hospitalière des patients en situation de grande précarité et d'exclusion sociale. Tous lui ont voué la plus grande estime pour son engagement clinique, humain et institutionnel qui allait toujours aux limites du possible, avec une grande simplicité et une éthique sans faille.

Le Comité de rédaction de Rhizome

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Katia AMORETTI, infirmière coordinatrice EMPP - (Nord Isère)
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- 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)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60


ONSMP-ORSPERE

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

Impression : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 500 ex.
ISSN 1622 2032
N° CPPAP 0910B05589

Illustrations à partir des réalisations des ateliers préparatoires au carnaval de Marseille 2009 par les patients fréquentant le CATTP Rabelais (secteur 16) et l'hôpital de jour Camille Claudel (secteur 12), coordonnés par Stéphanie Bonhert, plasticienne scénographe; montage réalisé par Franck Pétrichelko.