

Nous avons lu :

■ Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale :

- un ouvrage synthétique : le « Rapport 2000 »
 - un ouvrage plus développé : « Les travaux de l'Observatoire 2000 » Ed Documentation Française.
- Ouvrages précieux pour savoir de quoi on parle.

■ Chômage et travail social en Pologne et en France.

L'Institutionnalisation.

Sous la direction de : Odile Carré et Ewa Marynowicz-Hetka (Presses Universitaires de Lyon, 1999)

Le résultat d'une collaboration exemplaire entre universitaires de pays à l'épistémologie et aux pratiques sociales différentes. A noter, un chapitre sur la souffrance psychique des jeunes en difficulté de J.P Pinel.

■ Itinérance et santé mentale

Codédition de la revue *Santé mentale au Québec* avec la revue *L'Information Psychiatrique* (Volume XXV, Numéro 2, Automne 2000)
Ce numéro spécial traite deux thèmes : celui du phénomène de l'itiné-

rance (sa transformation radicale depuis les années 1970, ses principales causes, les nouvelles populations itinérantes), et celui de la pathologie de la désorganisation.

■ La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société.

Alain Ehrenberg, Anne -M. Lovell & Collectif
Ed. Odile Jacob 2001

Le trouble mental est aujourd'hui une question sociale et politique autant que médicale ; elle concerne toutes les institutions, aussi bien la famille, l'école, que l'entreprise.

L'originalité de cet ouvrage consiste à croiser les analyses de psychiatres, de sociologues, d'anthropologues, d'historiens et de philosophes. Ensemble, ils s'efforcent de cerner les enjeux de ces transformations.

■ Les inégalités sociales de santé

Didier Fassin. Ed de la Découverte, Collection Recherche (Sept. 2000)

Des travaux de l'INSERM enfin mis à disposition : à consulter absolument.

Informations

■ Le rapport annuel de la Cour des comptes rendu public le 24 janvier dernier a émis de vives critiques sur l'organisation des soins psychiatriques.

La Cour des Comptes pointe et analyse « le manque de pilotage au niveau national pour l'organisation des soins psychiatriques », constate que « les alternatives à l'hospitalisation sont toujours insuffisamment développées », et demande d'étudier les causes de l'augmentation des hospitalisations à la demande d'un tiers.

■ **Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé**, a rappelé, lors de l'ouverture des IVèmes Rencontres de la psychiatrie le 28 février 2001 : « *il faut dépasser la vision cadastrale de la psychiatrie, en rénovant la notion de secteur, pour l'intégrer véritablement à un réseau d'acteurs de santé mentale, avec les médecins généralistes, les services médicaux-sociaux et sociaux des municipalités notamment* » Enfin, il s'agit « *de construire une santé mentale autour de l'usager et non plus autour des statuts et des structures* ».

Agenda

■ Journée mondiale de la santé 2001 « Santé mentale : Non à l'exclusion, oui aux soins »

Judi 5 avril 2001: Ministère de la Santé, salle Laroque, 8 avenue de Ségur-75007 Paris-
Tél : 01 40 55 05 95 - Fax : 01 40 55 90 70.

On pourra se procurer en juin 2001 le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, consacré à la santé mentale et à certains troubles cérébraux.

■ Quel avenir pour la pluriprofessionnalité en psychiatrie ?

Journée d'étude organisée par l'Association des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale (ASCISM) :
Vendredi 18 mai 2001 Maison des Sociétés, square Grima 69500 Bron
Renseignements et inscriptions : Tél 04 92 65 51 35 - Fax : 04 92 65 51 00

■ Congrès national : Douleur et Exclusion

Vendredi 15 juin 2001 (8H à 18H)
Université Claude Bernard Lyon 1
Adresse : 8, avenue Rockefeller 69373 Lyon cedex
Renseignements : Tél 01 46 38 77 37 - Fax 01 46 38 77 31

Peintures aimablement mises à disposition par les ateliers d'expression d'Hervé FAYEL (CHRS Relais SOS) et de Patrick GERMIGNANI (CH le Vinatier)

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Secrétaire de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Pierre BELMANT, Fnars (Paris)
- Marie Dominique BENEVENT, CRACIP (Lyon)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Jean FURTOS, psychiatre, Orspere
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Jalil LAHLOU, psychiatre, Orspere
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean MAISONDIEU, psychiatre (Poissy St Germain en Laye)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, ancien directeur SMC (Villeurbanne)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

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



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Impression et conception : MEDCOM
(Lyon) - Tél. 04 72 78 01 33
Tirage : 8 000 ex.
ISSN 1622 2032

Bulletin national santé mentale et précarité

Précarité visible, précarités invisibles

édito

Christian LAVAL
Jean FURTOS

Ce numéro 4 de Rhizome a été conçu comme un numéro charnière :

Il appelle à une distanciation de l'imaginaire collectif pour défusionner la situation de précarité sociale et la figure archétypale de l'homme de la rue.

Il énonce, au fil des textes, la structuralité du lien entre le psychique et le social dont rend compte aujourd'hui l'appellation souffrance psychique.

On sait que la psychiatrie de secteur construit progressivement, sur tout le territoire, des modalités concrètes pour proposer un soin psychique aux plus démunis, toujours avec le souci du partenariat. Cela reste à étendre et à pérenniser.

En même temps, nous vivons dans une société globalement précaire marquée par l'obsession généralisée de perdre ses objets sociaux, ses signes de reconnaissance, ses valeurs, bref, ce qui fait Monde. Pourquoi certains s'en sortent-ils plutôt bien, d'autres plutôt mal ou même très mal ? Nous disons que la position sociale est davantage qu'un paramètre parmi d'autres, car le narcissisme marche avec la reconnaissance d'existence effectuée par le groupe sur la scène sociale.

La liste est longue lorsqu'il s'agit de compter les in comptés de la précarité psychique et sociale, et notre propos ne vise aucunement à l'exhaustivité. Entre autre, nous n'avons pas traité le point particulier de la précarité rurale et semi-rurale dont la méconnaissance mérite un développement ultérieur. Le déni de réalité d'une véritable clinique de la disparition doit être levé, même si cette disparition (du sujet, voire d'un groupe entier) peut réapparaître paroxystiquement sous la modalité de la violence, ou plus souvent être appréhendée sous le registre de la souffrance psychique et de ses avatars.

C'est pourquoi s'impose maintenant avec acuité la nécessité de rendre compte de l'émergence intrusive et durable de cette notion de souffrance psychique dans l'épistémologie contemporaine. Cette investigation constituera le thème de notre prochain numéro.



Au sommaire

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

DOSSIER

- L'Exclusion, une catégorie mouvante p. 2
Olivier Quérroul
- Définir et mesurer, selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale p. 3
Marie-Thérèse Espinasse
- Figures de la précarité au travail p. 4
Philippe Davezies
- Processus de précarisation au féminin p. 5
Nathalie Frigul
- Adolescence et Société : une crise peut en cacher une autre p. 6/7
Jean Darrot
- Judiciarisation des adolescents difficiles et souci thérapeutique p. 8
Nadia Zeghmar
- Souffrances d'étrangers p. 9
Pierre Belmont

Force et fragilité des familles p. 10/11
+ en transit + *Association Domino*

Droit formel des malades mentaux et risque d'abandon p. 12/13
Jacques Houver

RUBRIQUES

SUR LE TERRAIN DES PRATIQUES
L'entretien dans la rue p. 13
J.P Carasco

LE COIN DU CLINICIEN
De l'exclusion pathogène au syndrome de l'exclusion p. 14
Jean Maisondieu

LA PAROLE EST À VOUS p. 15

ACTUALITÉS p. 16

L'Exclusion, une catégorie mouvante

L'ouvrage de R. Lenoir
« les Exclus »⁽¹⁾ date de 1974.

Par cet ouvrage, il construit une nouvelle catégorie, dont il cherche à définir les contours.

Elle comprend environ 6 millions de personnes qui se répartissent en trois groupes : les inadaptés physiques (2 millions), les débiles mentaux (1 million), les inadaptés sociaux (3 millions). Les inadaptés sociaux sont d'une part les jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance (650 000, dont 300 000 retraités et 170 000 délinquants) et d'autre part les adultes (300 000 malades mentaux, 165 000 suicidaires, 200 000 alcooliques, 260 000 délinquants, 150 000 marginaux et asociaux, et des groupes vulnérables comme les 200 000 français musulmans).

Cette catégorisation, qui ne résume évidemment pas l'ouvrage, porte la marque de cette époque où sont instaurées trois prestations qui réorganisent le paysage social et font sortir de la misère les « filles mères », les vieux sans retraites et les handicapés : l'allocation parent isolé, le minimum vieillesse, l'allocation adulte handicapé. R. Lenoir a été un des acteurs majeurs de ces réformes.

Il n'empêche, 25 ans ce n'est pas bien loin, et pourtant ces catégories nous font quand même un effet assez bizarre. Le contexte a tellement changé que le sens même de ces catégories nous échappe : les notions d'inadaptation physique ou sociale et de débilité ne sont plus en usage pour décrire l'exclusion.

L'arrivée du chômage de masse a bouleversé les représentations de l'exclusion : en 1974, avant le premier choc pétrolier, il y a 500 000 chômeurs, dont 60 000 de longue durée, et le Président

Pompidou estimait peu avant qu'un mouvement révolutionnaire serait probable si par malheur on atteignait le million. En 1998, on avait plus de trois millions de chômeurs dont un de longue durée.

Les populations qui sont désignées comme exclues avec les politiques sociales des années 1980/1995 se définissent désormais selon deux axes :

- *Celui de leur insertion*, ce qui amène à s'adresser non pas à des individus, mais à des champs de problèmes : quartiers en difficul-



té, jeunes sans qualification, enfants en échec scolaire, sans domicile fixe, et tout récemment habitants des DOM par la loi du 13 décembre 2000. Ces publics ne sont pas empêchés de travailler pour des raisons d'âge ou de handicap, mais pour des raisons sociales ou culturelles. En d'autres temps, on aurait parlé du lumpen prolétariat.

- *Celui de leurs revenus*, qui devient le critère « robuste »*, comme disent les statisticiens,

permettant de définir l'exclusion : le RMI et la CMU sont les deux prestations qui incarnent le mieux ces politiques. C'est sur cette base des minima sociaux que va réapparaître le chiffre de 6 millions d'exclus. Ce chiffre est d'une étrange solidité moins par référence à un chiffre précis, que par ce qu'il désigne le dernier décile de la population, sur lequel vont se construire les objectifs des politiques sociales (sur ces sujets, voir en particulier les deux tomes du rapport 2000 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion).

Les catégories des politiques sociales ont une durée de vie limitée, guère plus d'une décennie. Le renversement brutal du marché du travail est en train de modifier complètement les références : il est étonnant de voir qu'en deux ans on est passé de l'idée commune que tout le monde pouvait se retrouver SDF et qu'il n'y avait pas de travail pour tous à celle de la pénurie de main d'œuvre. L'opinion, convenablement mise en forme par des débats douteux sur la trappe à pauvreté qu'aucune étude sérieuse n'a pu prouver, s'est renversée : le RMI est désormais majoritairement perçu négativement, comme un moyen discutabile d'entretenir aux frais du contribuable des « paresseux et des marginaux ». Les discours politiques aux Etats-Unis ou en Angleterre le disent avec encore plus de brutalité, pour légitimer le Workfare**.

D'autres questions sont en voie de constitution autour des travailleurs pauvres, de la délinquance des jeunes à la dérive, des nouveaux migrants qui ne proviennent plus des reliquats d'une histoire coloniale. ■

Olivier QUEROUIL

Conseiller technique
Fonds CMU

BIBLIOGRAPHIE :

(1) « Les Exclus, un français sur dix » de René LENOIR
Ed Seuil 1989

* *Robuste* veut dire que ce n'est pas très malin, mais simple et efficace par rapport à l'objectif recherché.

** *Workfare* : Aide publique fournie sous la condition, d'une part, que le bénéficiaire ait un comportement actif de recherche d'emploi ou, à défaut, suivi une formation, et d'autre part, qu'il ne refuse pas les propositions d'embauche qui lui sont faites.
S'oppose au terme anglo-saxon welfare qui, lui, ne suppose pas de contrepartie à l'aide.

Définir et mesurer selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Marie Thérèse
ESPINASSE

Secrétaire Générale
de l'Observatoire national
de la pauvreté et de
l'exclusion sociale.



Créé par la loi du 29 juillet 98 relative à la lutte contre l'exclusion, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale répond à une triple mission : collecter, organiser et diffuser les informations disponibles concernant la pauvreté, la précarité et l'exclusion ; éclairer les phénomènes peu ou mal connus ; améliorer la collecte d'information

Dans son premier rapport annuel⁽¹⁾, l'Observatoire a voulu dresser un état des lieux des connaissances : il a cherché à préciser et discuter les notions utilisées - pauvreté, précarité, exclusion - et donné des estimations des phénomènes observés.

1. Définir et mesurer la pauvreté

Tout d'abord – et c'est important de le rappeler – aucune définition de la pauvreté n'est universelle. Toutes les définitions reposent sur des conventions.

Depuis près de vingt-cinq ans, la pauvreté est mesurée en France et dans les pays de l'Union Européenne en termes relatifs à l'aide d'un **indicateur monétaire** : « sont considérés comme pauvres les ménages dont les ressources sont inférieures à la moitié du revenu médian, c'est à dire le niveau qui sépare la population en deux groupes équivalents ». Selon cet indicateur, entre 4,5 millions et 5,5 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté (8 à 10% des ménages). Comme le rappellent régulièrement les statisticiens sans toujours être entendus : « cet indicateur doit être compris comme un indicateur relatif d'inégalités. Si l'on double le niveau de vie de chacun, il y a toujours autant de pauvres. Si le revenu des pauvres progresse mais moins rapidement que le niveau de vie médian, alors le nombre de pauvres augmente automatique-

ment. A la limite, si personne n'a rien, il n'y a pas de pauvres... »⁽²⁾ A côté de cet indicateur monétaire, d'autres indicateurs sont utilisés pour définir et mesurer la pauvreté.

L'indicateur de « conditions de vie » se fonde sur une approche qui n'est pas uniquement monétaire ; il prend en compte différentes dimensions de la vie courante pour lesquelles les ménages ressentent des difficultés : confort du logement, endettement, consommation, équipement... Au total, 28 indicateurs élémentaires sont retenus et regroupés en grands domaines : difficultés budgétaires, retards de paiement, restriction de consommation, conditions de logement. Les enquêtes régulières auprès des ménages permettent d'établir le nombre de ménages confrontés à plusieurs types de difficultés. Ainsi, en 1999, 12,6% des ménages sont confrontés à un cumul de huit difficultés ou plus en termes de conditions de vie. Avec un seuil de sept difficultés, on trouverait 16% de ménages défavorisés et 9% si on avait retenu neuf difficultés.

Enfin, on peut mesurer la pauvreté à l'aide d'un indicateur administratif, c'est à dire le nombre de ménages bénéficiaires de l'un des huit minima sociaux, soit 3,2 millions d'allocataires au 31 décembre 1999 ou 5,5 millions de personnes vivant dans un foyer allocataire. Mais cette mesure de la pauvreté est très influencée par la législation sociale. Toutes les personnes n'ont pas droit au RMI (les jeunes de moins de 25 ans, sans enfant, par exemple). Par ailleurs, toute amélioration des barèmes, toute extension des conditions d'attribution entraînent des augmentations des effectifs sans pour autant que la pauvreté augmente. Enfin, les montants alloués diffèrent selon les minima, certains étant supérieurs au seuil de pauvreté.

2. La précarité : des définitions mais pas de mesure.

La précarité est plus difficile à définir. C'est l'instabilité, la fragilité des situations. Elle renvoie à l'incertitude, aux aléas qui pèsent sur les individus. La précarité constitue un risque de pauvreté mais les risques peuvent ne pas se produire. Elle peut même être choisie lorsque les individus disposent de sécurités (patrimoine, solidarités familiales) qui leur permettent de faire face aux risques. La précarité ne peut être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations au regard de multiples dimensions : irrégularité des ressources, liens avec le marché du travail, capital scolaire, situations familiales, conditions de logement, santé...

Il n'existe pas de mesure globale de la précarité en dehors de données partielles relatives au marché du travail (chômage, CCD, temps partiel contraint...), à la situation familiale ou encore aux conditions de logement.

3. Définir et mesurer l'exclusion ?

Si la précarité peut être définie mais non mesurée, la notion d'exclusion est d'emblée difficile à définir. Il n'existe pas de définition stabilisée qui autorise la mesure et la construction d'indicateurs. Pour les instances du Conseil de l'Europe « l'exclusion est la dénegation ou le non respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux ». Pour certains, cette définition peut sembler la plus opératoire. Toutefois, elle reste très discutée et de plus, elle est difficile ou quasi impossible à cerner et à mesurer dans un traitement statistique. En tout état de cause, et tous les travaux de recherche le soulignent⁽³⁾, l'exclusion n'est pas isolée par une sorte de « cordon sanitaire » de ceux qui seraient insérés dans la société ; il y a un continuum de situations, un ensemble de positions dont les relations avec le centre sont plus ou moins distendues. ■

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, « Rapport 2000 », Ed Documentation Française. Pour plus d'approfondissement sur les questions traitées dans le rapport voir également « Les travaux de l'Observatoire 2000 » Ed Documentation française

(2) Stefan Lollivier, « Inégalités et pauvreté : limites conceptuelles et tendances récentes », Revue Française d'Economie, N° 3/2000

(3) Cf les travaux du sociologue Serge Pauzangam

Figures de la précarité au travail

Précarité et exclusion posent en priorité la question de l'emploi mais la précarisation du travail ne se limite pas à cet aspect : elle touche l'activité, même dans le cas où l'emploi est préservé. Trois mécanismes distincts y contribuent.

Le plus évident est le recours systématique aux formes d'emplois temporaires. Ceux-ci sont particulièrement coûteux pour les salariés. Les travailleurs précaires se voient, en effet, attribuer en priorité les travaux inintéressants, pénibles ou dangereux. L'enquête la plus documentée sur ce type d'emploi a porté sur 2500 salariés de la sous-traitance intervenant dans les centrales nucléaires (Doniol-Shaw, Huez, Sandret, 1995)⁽¹⁾. Elle a montré que ces salariés recevaient 80 % des doses de rayonnement supportées par l'ensemble des salariés intervenant en zone contrôlée. Mais l'enquête soulignait aussi la précarisation de leur activité : dans 60 % des cas, celle-ci était sans lien avec leur formation initiale ; pour près de 37 %, c'était la première fois qu'ils réalisaient le type d'intervention pour laquelle ils se trouvaient sur le site ; et 35 % d'entre eux n'avaient pas travaillé auparavant avec la majorité des membres de leur équipe de travail. Ces conditions dégradées sont à l'origine d'accidents, de maladies professionnelles, d'usure physique et de souffrance

psychique. Elles fragilisent vis-à-vis des phénomènes d'exclusion sur critères de santé, très puissants au sein du monde du travail.

Un aspect moins connu des processus de précarisation concerne le groupe ouvrier. Ce groupe professionnel a disparu du discours public. Les étudiants en sociologie ou en ergonomie eux-mêmes sous-évaluent son importance, le chiffrant souvent en centaines de milliers alors que l'INSEE recense 6,5 millions d'ouvriers. Dans l'opinion, le travail ouvrier n'est plus vu que comme une survivance de formes d'activités archaïques dans un monde voué à la dématérialisation des activités, à l'intelligence et à la communication. Le groupe ouvrier est ainsi soumis à un processus de dévalorisation symbolique et de disqualification (Beaud et Pialoux, 1999)⁽²⁾.

La collectivité se représente aujourd'hui le salarié engagé dans la production industrielle sous l'aspect d'un technicien pilotant des robots. La réalité est bien différente. Contrairement à ce que beaucoup croient, le travail à la chaîne n'a pas reculé au cours des dernières décennies. Sur les chaînes de montage de l'automobile, il y a très peu de robots et beaucoup de salariés qui visent, cliquent, frappent, poussent, portent, ..

Comme en témoigne l'explosion des pathologies tendineuses

d'hyper-sollicitation, la réalité du travail dans de nombreux secteurs est aujourd'hui celle d'activités répétitives, déqualifiées, réalisées sous une pression temporelle poussée à son maximum. En revanche, la fierté liée au statut ouvrier et les ressources identitaires que conférait l'appartenance au groupe ont disparu, ouvrant la place au sentiment de dévalorisation personnelle. Cette situation explique le refus, parfois affirmé par les jeunes, d'une insertion dans de telles conditions.

Enfin, au-delà même des salariés à statut précaire et des ouvriers, les phénomènes de précarisation de l'activité menacent la totalité des groupes professionnels, cadres compris. La cause en est une intensification du travail qui touche la totalité des secteurs. Partout s'exerce une pression à faire plus, plus vite et avec moins de moyens. A tous niveaux, les salariés se trouvent confrontés aux contradictions entre les exigences quantitatives portées par la hiérarchie et les critères qualitatifs sur lesquels ils engagent leur identité et donnent sens à leur travail. L'impossibilité de faire un travail de bonne qualité est à l'heure actuelle le facteur de fragilisation le plus répandu dans le monde du travail. Les approches cliniques comme les enquêtes quantitatives montrent qu'elle est généralement associée aux pathologies d'hyper sollicitation, aux manifestations de souffrance psychique et aux diverses formes de décompensation et d'exclusion.

Tous ces éléments contribuent à installer de nombreux salariés dans une situation de vulnérabilité objective et subjective que le retour à l'emploi ne suffira pas à faire disparaître. ■

«...La fierté liée au statut ouvrier et les ressources identitaires que conférait l'appartenance au groupe ont disparu, ouvrant la place au sentiment de dévalorisation personnelle...»

Philippe DAVEZIES
Enseignant chercheur
en médecine du travail
- Université Lyon 1 -

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Doniol-Shaw G, Huez D, Sandret N
Les intermittents du nucléaire.
Octares Editions, Toulouse,
1995.

(2) Beaud S, Pialoux M
*Retour sur la condition
ouvrière.* Fayard, Paris, 1999.

Processus de précarisation au féminin

Les conditions de vie nouvelles imposées aux hommes et aux femmes dans l'emploi sous l'effet des transformations du travail⁽¹⁾ engendrent, on l'oublie souvent, des souffrances psychiques dont l'ampleur et les formes sont encore aujourd'hui peu étudiées. [...]

Nathalie FRIGUL

Sociologue, Inserm
E9905, CRESP
Université Paris XIII
(Bobigny).



Le temps partiel notamment, qui touche particulièrement les femmes, est une forme de contrainte temporelle subie qui, loin de les satisfaire et quoiqu'en dise le sens commun, les obligent à une disponibilité plus grande à l'entreprise, aux détriments de la vie familiale. C'est par exemple le cas des caissières d'hypermarchés mais aussi celui des ouvrières du nettoyage industriel et urbain ou des infirmières. La précarité sociale particulière liée à ces situations professionnelles s'inscrit dans la réalité des conditions de travail d'une part, dans celle de la condition féminine d'autre part. Dans le couple, les femmes ont encore massivement à charge l'organisation familiale et domestique. Celle-ci entre en contradiction avec les exigences d'un travail salarié féminin qui s'inscrit sur l'envers de l'emploi du temps des autres (travail de nuit, en horaires décalés ou fractionnés qui obligent à des temps de présence dans l'entreprise plus longs que le temps de travail lui-même rendant par exemple impossible, pendant la coupure d'une heure et demie, le retour au domicile). Ensuite, leur participation sociale au travail salarié est peu valorisée : à emploi égal, les salaires, les qualifications restent moins élevés pour les femmes que pour les hommes. Les smicardes sont aussi deux fois et demie plus nombreuses que les smicards. Enfin, elles se retrouvent plus facilement en contrats précaires, à

temps partiel et au chômage⁽²⁾. Ici, les processus de précarisation féminine sont peu questionnés en regard des parcours professionnels. Même si des carrières se dessinent, ceux-là restent fortement marqués par l'alternance des périodes de travail temporaire et de chômage, des grossesses et de l'éducation des enfants. Ces parcours discontinus brisent souvent les aspirations professionnelles (projet de formation ou de promotion, perspectives d'embauche). La monoparentalité qui touche davantage les femmes que les hommes est un autre élément pour comprendre les difficultés supplémentaires qu'elles ont à réunir les conditions d'une émancipation professionnelle⁽³⁾. Par ailleurs, les pénibilités du travail (surtout les pénibilités physiques ou nerveuses typiques du travail industriel féminin) cumulées aux événements de la santé reproductive sont peu évoquées pour comprendre les phénomènes d'usure et de sortie précoces du travail⁽⁴⁾. Cette institutionnalisation du travail temporaire et du temps partiel féminin, associée à l'idée qu'ils sont les conditions légitimes par lesquelles les femmes peuvent exercer des tâches domestiques et familiales qui leur seraient "naturelles", participe à

l'inscription d'un malaise social chez celles, nombreuses, qui souhaitent réaliser pleinement et réussir leur vie professionnelle. Ce malaise est peu analysé dans les souffrances psychiques qu'il induit et qui sont pourtant manifestes lors des situations de rupture involontaire d'emploi et de mise au chômage. La perte du travail, si chèrement gagné et payé de sa personne, est vécue comme une situation humiliante et dégradante⁽⁵⁾ et s'accompagne souvent de symptômes somatiques (migraines répétées, insomnies, prise ou perte de poids, alopecie, dysfonctionnement thyroïdien, troubles digestifs), et/ou de réclusion au domicile. Ils traduisent des bouleversements profonds dans l'organisation du temps, dans les relations familiales et de couple qui deviennent quelquefois conflictuelles, dans les rapports établis aux institutions. De façon plus déterminante, ils expriment une crise identitaire. Face à une situation devenue précaire à tout point de vue (perte du salaire et de l'autonomie financière, perte de l'identité et du statut professionnels...), il y a difficulté réelle pour la femme à redonner du sens à une existence construite de haute lutte sur le travail. [...]

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Kergoat J., Boutet J., Linhart D. *Le monde du travail. La Découverte*. 1998.

(2) Kergoat D. « La division du travail entre sexes » in Kergoat J., Boutet J., Linhart D. *Le monde du travail. La Découverte*. 1998.

(3) *Portrait social. « Les femmes »*. Contours et caractères. Service des Droits des Femmes, Insee. 1995

(4) Cottureau A. « Usure au travail. Destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France, au XIX^e siècle ». In *Le mouvement social. Les éditions ouvrières*. Juillet-septembre, n°124. 1983.

(5) Frigul N. *Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé. Thèse de doctorat en sociologie. Université René Descartes. (Paris V)*. 1997.



Adolescence et Société : une crise peut en cacher une autre

Jean DARROT
Chef de service
de l'intersecteur de
psychiatrie infanto-juvénile
- Annecy -

Un quart des adultes sans domicile fixe n'habitaient déjà plus chez eux à l'âge de 16 ans : la souffrance dite «psycho-sociale» commence donc de bonne heure. Le qualificatif de psycho-social est d'ailleurs un peu gênant ou pléonastique, pour des soignants dont la discipline est référée à l'unité psycho-socio-biologique de l'être humain. La souffrance s'inscrit toujours dans une dialectique paradoxale faite de ruptures et de confrontations, interrogeant trois espaces plus ou moins imbriqués : l'intime d'un sujet, le privé d'une famille, le public d'une communauté sociale. A ces espaces correspondent trois niveaux de mise en tension et en perspective, avec leur dynamique propre, mais aussi leurs empiétements, leurs chevauchements, leurs conflits et leurs résonances mutuelles. Examinons successivement ces différents espaces.

Tout d'abord, le malaise de l'adolescent : la souffrance intime. L'adolescence est un mouvement dynamique de maturation de la personne. Après la mise en place très conflictuelle et tumultueuse des structures mentales, dès les premières années de la vie, l'enfant a connu entre 6 ans et la puberté une période dite de latence, de déconflictualisation propice au plaisir d'apprendre et de découvrir. Avec la puberté et l'accès à un corps et un statut d'adulte, l'identité bascule à nouveau et plus rien ne va de soi: des conflits se réactivent entre les aspirations du jeune, ses capacités physiques et sexuelles nouvelles, les limites culturelles et sociales qui lui sont opposées. C'est un état de crise, auquel inévitablement participe l'entourage. Car il n'est pas évident qu'on en sorte, et les parents la revivent à tra-

vers celle de leurs enfants. C'est vrai aussi des maîtres, des éducateurs et des soignants comme de toute la communauté sociale : d'où la crudité parfois sauvage des affrontements sur le thème de l'adolescence.

Sur la fragilité propre à cette période de la vie, toutes sortes d'idées reçues circulent. Il est vrai qu'elle est dominée par des menaces de déliaison : dans la personne de l'adolescent comme dans son commerce avec ses proches. Il y a la destructivité, la précipitation du temps, la fascination pour l'image renvoyée par autrui, le surinvestissement de l'acte au détriment de la pensée, la péjoration de l'avenir social et professionnel, l'exaltation amoureuse, l'ambivalence passionnelle envers les parents... Tout cela est vrai. Mais ce qui rend l'adolescent fragile est beaucoup plus intérieur : ce ne sont pas les événements, c'est l'histoire qu'il se raconte. Ce n'est pas que son avenir soit fermé, c'est qu'il s'en considère indigne et coupable. Ce n'est pas qu'il ne soit pas aimé, c'est qu'il se trouve nul et sans charme. Ce n'est pas qu'il ait «la haine» contre le monde adulte, c'est qu'il cherche à punir en lui cette haine. Et dans les conduites suicidaires à cet âge, ce qui apparaît particulièrement en souffrance, c'est l'estime de soi, l'exercice de sa compétence à lutter, à s'autoriser, à rêver.

Au delà de l'intime apparaît le malaise de la famille : la souffrance privée. L'adolescence des enfants, c'est toujours la rencontre et l'affrontement avec l'adolescence des parents, voire des grands parents. Les familles ont bien sûr leur configuration propre: crises conjugales, séparation des parents, structures monoparentales ou familles reconstituées, couples paren-

taux frileux ou isolés, parents malades mentaux, chômeurs ou marginaux, familles incestueuses, sévices... Tous ces drames sont tristement présents dans les facteurs qui favorisent les conduites antisociales. Educateurs, enseignants et soignants ont à y prêter attention pour offrir une aide quand le risque est repéré. Le recours à un tiers peut être décisif pour rompre de prétendues malédictions transgénérationnelles : parents battus devenant maltraitants etc... Il est toujours temps de «dé-clôturer» de telles répétitions. Ce qui est plus étrange, c'est de voir certains jeunes réactiver des conflits qui étaient ceux des parents avec leurs propres parents et plus précisément ceux de ces conflits qui ont été cachés, comme mis en réserve pour la génération suivante. Plus étrange encore : ce sont les traumatismes les plus profonds et les plus archaïques comme les incestes qui ont tendance à être plutôt transmis de la sorte que mis en représentation ou résolus dans le conflit. Alors souvent, dans la souffrance endossée confusément par un adolescent, vient affleurer une souffrance ininterprétable car venue d'ailleurs : identité personnelle et identité familiale sont ici fusionnées. La conduite suicidaire vise alors à une séparation, une libération ou une rupture qui n'ont pas pu se faire avant. C'est souvent à ce type de problématique que les familles résistent le plus fortement, rejetant et isolant l'adolescent qui souvent assume délibérément ce statut de bouc émissaire. Certaines trajectoires d'immigration y sont propices. Il est clair qu'en pareil cas ce sont les familles qu'il faut aider : rien ne sert de prodiguer isolément des soins quand la violence n'est pas repérée dans son origine. Le paratonnerre ne sait rien de la foudre.



Adolescence et Société : une crise peut en cacher une autre (suite)

Troisième dimension à prendre en compte, la maladie des liens sociaux : la souffrance publique.

Les jeunes sont aujourd'hui l'objet de mouvements passionnels : tantôt sacralisés, tantôt diabolisés... Les familles également : tour à tour sanctuaires, creusets de l'ordre culturel ou fossoyeurs des garanties sécuritaires quand on en appelle noblement à la responsabilisation des parents. Un exemple : une jeune fille de 15 ans, récemment hospitalisée pour une tentative de suicide, révèle sa détresse en présence de sa mère. Ces deux femmes vivaient seules dans une précarité digne et discrète mais quotidienne. Avant Noël, la jeune fille succombe à une campagne publicitaire particulièrement ciblée sur les jeunes pour l'achat d'un pack téléphonique. A la souscription du contrat on s'avise qu'elle est mineure : on lui réclame simplement la carte d'identité photocopiée de sa mère et on recueille sa signature. A la première facture, la mère qui n'a pas un sou l'accable de reproches puis cherche à faire annuler le contrat. L'agence et le commerçant exigent alors de la mère un dépôt de plainte contre sa fille, ce qu'elle refuse. A la gendarmerie, qu'elle consulte malgré tout, personne ne s'avise de l'illégalité d'une telle procédure. Pour ces deux femmes quelque chose s'est brisée.

Les jeunes, dont on invoque avec compassion le malaise et les difficultés d'insertion, ont une place de choix sur le marché de la consommation : on la leur concède sans état d'âme et les techniques de vente sont autrement plus efficaces que les programmes éducatifs. Quand il s'agit de les secourir, on fait très peu d'efforts pour faciliter l'accès des jeunes aux soins. La gravité des tableaux dépressifs à

cet âge est unanimement invoquée mais les dépressions sont encore très rarement diagnostiquées. La plupart des antidépresseurs sont réputés contre indiqués chez les enfants, petits et grands, comme les antalgiques étaient refusés aux enfants jusqu'à une période très récente. Sur le prétendu «monde de l'enfance», la société se raconte des histoires et des boniments lénifiants : dans la pratique sociale, on ne leur fait pas de cadeau. Il y a là, véritablement, une duplicité collective.

A travers l'histoire, l'affrontement des générations a toujours existé. Dans la République d'Athènes, ancêtre des démocraties occidentales, les statuts sociaux étaient étroitement codifiés. Entre la Cité et la périphérie, l'affiliation de l'autre à la communauté faisait l'objet d'un traitement culturel ritualisé. Pour chaque catégorie «d'étranger», une divinité médiatisait la rencontre : la Gorgone pour le Barbare, Artémis pour la femme, Dionysos pour le jeune. Rien ne subsiste aujourd'hui de ces procédures d'initiation et les statuts sociaux sont plus flous, les différences mal jalonnées, les identités incertaines. Entre le citoyen et le pouvoir, l'étranger et l'indigène, l'homme et la femme, l'adulte et l'adolescent, «pareil» et «pas pareil» ne sont plus reconnus dans leurs distances ni dans leurs rencontres. Or, l'adolescence, c'est l'expérience de se reconnaître pareil à soi quand on change pour devenir grand. Chacun est alors amené à intérioriser, dans sa culpabilité personnelle, les tensions que la société ne ritualise plus.

Si telle est bien la situation, alors reconnaissons, en dépit des imprécations médiatiques, que les jeunes d'aujourd'hui ne vont pas si mal et qu'ils seraient même plutôt sages. Tout le

bruit qu'on leur prête n'est ni très nouveau, ni vraiment grave : les banlieues et leurs violences, rapportées aux violences du marché, ce n'est pas la guerre mondiale !

Soigner la «souffrance sociale» nécessite de travailler à tous les niveaux à une révision des perspectives, convoquer les compétences respectives et les flexibilités du jeune, de la famille, du groupe social, quitte à organiser pour un temps les tensions. Il s'agit donc de créer des cadres de négociation pour contenir les angoisses et les élaborer ensemble. De tels cadres doivent être clairs et les mandats bien délimités : éducatifs, sociaux, judiciaires, thérapeutiques. Dans la multitude des dispositifs et dans nos milieux en perpétuelle recherche, toujours sollicités par la nécessité d'agir, la confusion nous guette. Il est urgent d'y résister.

Car c'est à ce seul prix que pourra être représenté et pensé ce qui est en train de se faire dans les strictes limites de nos mandats respectifs : ce serait déjà prendre soin de nos jeunes. Mais au delà, un autre chantier pourrait s'ouvrir : rechercher aux confins de nos logiques professionnelles autorisées, des espaces de rencontres et d'élaboration où la dynamique de l'adolescence en devenir, avec ses doutes et ses incertitudes, apporterait toute sa force politique à la maturation culturelle du groupe social. L'enjeu d'un tel chantier serait alors le soin offert par les jeunes à l'adolescence de la société. [...]

La mise en pensée, valeur ajoutée spécifique à la psychiatrie, convoque bien un acte de fondation d'une part, un acte de résistance d'autre part. C'est dire que le soin psychiatrique est une activité politique. ■

Judiciarisation des adolescents difficiles et souci thérapeutique

Par essence et par tradition, la justice des mineurs est sensible à la question des conflits intra psychiques dans la genèse des conduites humaines et rompue à l'analyse des comportements individuels rapportables à des difficultés sociales et psychologiques.

Nadia ZEGHMAR

Directrice de Service
de la Protection Judiciaire
de la Jeunesse région
Rhône-Alpes

Dans ce champ particulier, la notion de souffrance psychique fait sens dans la logique de l'accompagnement éducatif d'un mineur socialement démuné et psychologiquement éprouvé, qui exprime sa souffrance dans tous les registres, du comportement suicidaire à la transgression délibérée des règles de vie en société.

La démonstration que la souffrance psychique est prise en compte dans le regard porté sur les adolescents difficiles n'est plus à faire, mais elle n'est plus centrale dans le débat sur le traitement de la délinquance juvénile au moment où la question de l'insécurité occupe le devant de la scène politique.

Toute une dimension de la situation actuelle au regard des évolutions de la délinquance juvénile échappe au schéma classique : **les phénomènes de «violences urbaines» renvoient à l'apparition d'un nouveau type de délinquance, «la délinquance d'exclusion»** et ne donnent pas prise à des lectures en termes de précarité psychique⁽¹⁾.

Dans un cadre tracé par la question dite des « zones de non droit » et l'évocation sans cesse réitérée des quartiers sensibles, la souffrance psychique des adolescents n'a plus droit de cité, ou plus précisément, elle n'est plus un enjeu dans le débat public qui se tourne vers la valorisation des logiques de contrat, la sécurisation des espaces et le renouvellement urbain.

Ce n'est pas seulement une délinquance collective et territorialisée que l'on opposerait à des actes délictueux individuels car il s'agit

en fait d'autre chose, qui laisse bien démuné les modes classiques d'approche du travail social associant à chaque sujet inquiétant une nuée de professionnels.

Cette délinquance n'est pas acquiescente ou prédatrice. Elle ne vise pas directement les biens, elle est trop bruyante et visible pour s'accommoder de la seule logique des « business » souterrains ; elle a surtout la particularité de s'inscrire dans des fonctionnements de bandes dont le ressort tient à la provocation collective et ostensible des représentants de l'autorité sur fonds de destruction et de dégradations matérielles, quand il ne s'agit pas de la mise en scène de violences collectives dans les temples de la société de consommation...

Si la production massive des illégalismes est le fait d'une population de jeunes de quartiers périphériques faisant irruption sur des espaces publics fortement médiatisés de centre ville, il semble que la dimension politique et symbolique des phénomènes dits de «violences urbaines» ne peut plus être occultée.

Focalisé sur la (re)définition des modes adéquats de sanction des conduites délictueuses ou sur la nécessité de produire de «nouvelles» formes de prise en charge des populations déviantes, le débat public passe à côté du caractère expressif de ces agissements. Il oublie que si tout l'art de la «coproduction de la sécurité» est aussi l'art de la cogestion du conflit, le préalable est bien de nommer le conflit et de qualifier ces acteurs.

Les analyses portées en termes de scénarios de lutte pour la reconnaissance⁽²⁾ nous apparaissent à cet égard particulièrement fécondes. Elles nous rappellent qu'à l'ambition fortement déterminée de reconquérir l'estime de soi correspond la «carrière délinquante» comme moyen illégal de rester à la surface sous peine d'être pris dans

le processus de la disqualification sociale, scolaire, culturelle, symbolique et spatiale.

L'exigence de reconnaissance personnelle par des « autrui significatifs » s'ouvre sur des codes de l'honneur particuliers, mélange d'individualisme consumériste, de comportements grégaires fondés sur la défense du territoire et de l'honneur du groupe, et de valorisation de la masculinité par la violence, en rupture avec la culture des pères (notamment ceux issus de l'immigration), et en décalage avec l'accès aux gratifications sociales des jeunes issus des classes moyennes et supérieures.

La fabrique délinquante témoigne de processus de stigmatisation et d'humiliation dans la dynamique d'une interrelation entre groupes bien plus que d'une «sous culture» émergente dans des zones de relégation territoriale.

A l'horizon de ces évolutions, d'une part, une transformation déjà en cours des modes d'action de la justice des mineurs visant à produire sous la férule du parquet un traitement de masse de la délinquance juvénile ; d'autre part, une explosion du marché de la sécurité privée et de l'offre publique de médiation...

La notion de souffrance psychique entre en résonance avec le champ de la justice des mineurs mais elle est absente des réflexions sur les nouvelles formes de la délinquance juvénile. C'est moins sa pertinence qui est à interroger que notre cécité à ne prendre en compte ses phénomènes que sous l'angle pénal, traduisant en cela une évolution à l'américaine dans les diagnostics comme dans les solutions inspirées par le credo de la tolérance zéro

Il est donc urgent de renouveler notre analyse, sous peine d'inventer sans cesse des solutions à des problèmes que nous n'avons pas pris la peine de circonscrire. ■

BIBLIOGRAPHIE :

(1) je renvoie sur ce point aux travaux de Denis Saïas, Antoine Garapon - «La justice des mineurs, évolution d'un modèle» LGDJ et Editions Bruylat, 1995.

(2) Cf. Hugues Lagrange « Reconnaissance, délinquance et violences collectives », Esprit, Octobre 2000.

Souffrances d'étrangers

Pierre BELMANT

Chargé de mission à la
FNARS (Fédération
Nationale des Associations
d'Accueil et de
Réinsertion Sociale)

Depuis quelques années, les centres d'hébergement ou d'accueil du réseau Fnars sont amenés à recevoir des étrangers, soit des demandeurs d'asile primo-arrivants, soit des irréguliers, en raison de l'engorgement du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile. Ces lieux d'accueil sont en quelque sorte une salle de (longue) attente, où la souffrance peut se révéler.

Pour les demandeurs d'asile (qui sont réguliers, rappelons-le...), cette attente est une période angoissée par l'incertitude du résultat des démarches : en gros 15 % de réponses positives pour les demandeurs d'asile politique, nettement moins pour l'asile territorial.

Mais aussi par beaucoup d'autres choses.

La peur est toujours présente : peur des refus administratifs et de leurs conséquences, peur de perdre l'anonymat

quand on a une « fatwa » sur sa tête, peur des passeurs mafieux qui peuvent toujours les retrouver et les faire « chanter », eux ou leur famille restée au pays.

L'angoisse générée par la peur est parfois renforcée par d'autres éléments, tels que l'absence de nouvelles de ceux qu'on a laissé au pays, la difficulté de donner des nouvelles, ou certaines nouvelles mêmes : la maladie ou le décès de proches, par exemple, avec l'impossibilité d'aller faire son deuil ou apporter son soutien sur place.

Le désenchantement s'ajoute à cette angoisse de l'avenir. La France n'est pas tout à fait celle qu'ils croyaient... les français non plus. S'apercevoir que l'arrivée en France n'est pas la fin du voyage, mais le début d'une très longue et incertaine attente. Découvrir l'ad-

ministration française et ses méandres. Se frotter à la xénophobie parfois vivement exprimée par les hébergés « franco-français » du lieu même où ils se trouvent, comme par certains guichetiers, commerçants, voire passants ordinaires, et même par certaines affiches électorales. Réaliser l'ampleur de la barrière de la langue et des différences culturelles. Ne pas pouvoir travailler, avoir le sentiment de gâcher ses compétences, s'ennuyer.

Et en plus, gérer les souvenirs. Le souvenir de tout ce qu'on a laissé, bien sûr, mais aussi de tout ce qu'on a vécu pour en arriver là. Tous ont connu les passeurs plus ou moins mafieux leur imposant

Madame Y est en France avec ses 5 enfants. Selon elle, son mari est « mort dans une répression politique ». Malgré cela, elle n'a pas obtenu le statut de réfugiée. Mais on ne peut l'expulser avec ses enfants mineurs. Son angoisse essentielle est que son aîné va bientôt avoir 18 ans, et qu'elle le voit déjà pris par un contrôle et expulsé. Et elle se projette dans un avenir redouté fait de l'expulsion de chacun de ses enfants devenus majeurs, jusqu'à ce que son tour vienne quand le cadet sera majeur... « Comment dormir ? », dit-elle...et comment la rassurer tout à fait ?

un périple souvent risqué. Certains ont subi personnellement des formes violentes de répression, et en gardent des traces dans leur corps et/ou dans leur tête : prison, tortures, sévices divers, pertes de proches du fait de cette même répression.

D'autres sont « seulement » des réfugiés économiques, mais ça n'est pas rien, après tout.

Pour les « sans-papiers », quelle

Monsieur et Madame X sont ingénieurs en informatique, en attente de décision de l'OFPPA ; ils ne peuvent travailler, le CHRS, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, doit les héberger mais ne peut les insérer... ils s'occupent en faisant de l'initiation à « Windows » et internet... mais quel gâchis !

qu'en soit la cause, vient s'ajouter la peur des contrôles, ou de la délation, de l'incarcération ou de la rétention, et de l'expulsion, pour soi et pour ses proches : aller dans un lieu public est vécu comme un danger.

Tout cela n'est pas sans répercussions sur la santé, aussi bien phy-

sique que psychique. Somatisations, états dépressifs, symptômes divers, notamment douleurs et insomnie, bien sûr. Mais aussi d'autres formes plus masquées : demandes de « bilans » de santé qui sont aussi des demandes de relation, de « réparation », de reconnaissance de la souffrance. Demande de « certificats », indispensables pour certaines démarches, certes, mais aussi pouvant s'inscrire dans une sorte de mythe de la preuve à fournir pour être reconnu réfugié « politique », et non économique. Cela peut introduire une relation au médecin particulière, cette demande de certificats étant la conséquence de la suspicion, voire de la négation, de la parole des demandeurs d'asile, que seule la « parole » du médecin au travers de son certificat pourrait valider. Mais comment certifier les « cicatrices psychiques » pour ceux qui n'ont pas de traces corporelles de sévices ?

Bien plus même, si la Convention de Genève parle de « menaces de persécution », la recherche quasi mythique de la certification de preuves de torture aboutit parfois à une ambiguïté : à vouloir « absolument » être reconnu « exilé-torturé-malade », pour pouvoir être admis et reconnu comme réfugié, on se fait étiqueter de « malade-réfugié », au risque parfois de s'inscrire soi-même dans cette inversion sémantique.

Cela pose la question de choisir, pour le médecin, entre être le thérapeute et l'expert, celui qui écoute les souffrances, ou celui qui « certifie » ... ou non,

et permet, ou non, de rester en France. Cette « certification » demande une distance que ne permet pas la prise en charge thérapeutique. Mais la prise en charge elle-même demande un minimum de prise de distance, avec une dose suffisante d'empathie en prime. ■

Force et fragilité des familles «en transit»

Depuis seize ans, Domino accueille, de manière temporaire, des familles en difficulté, plus spécialement des demandeurs d'asile et des étrangers.

Bernadette RIMBES
Présidente de
l'Association Domino
69380 Civrieux
d'Azergues

Dans le but même de l'association semble inscrite la précarité : « temporaire », « en difficulté », « demandeur d'asile », « étrangers » ; ces mots ne représentent-ils pas spontanément des éléments de ce qui pourrait définir des situations précaires ?

Pour toutes les familles, françaises ou étrangères, quel que soit leur statut, l'arrachement d'un lieu, d'une situation, même difficile, ébranle profondément. Langue, points de repère, coutumes, climat, environnement affectif, culturel etc ... sont bouleversés. Le paysage extérieur prend les couleurs du désarroi intérieur. Le vent dans les grands arbres de la propriété qui entoure la maison rappelle, pour cette petite fille algérienne de 5 ans, le bruit et la fureur de l'arrivée de ceux qui viennent piller, saccager, tuer.

Le déracinement culturel crée une perturbation importante dans l'appréhension et la compréhension de la nouvelle réalité à vivre. La confrontation avec d'autres façons de penser, de vivre, déstabilise en profondeur. La simplicité de vie antérieure, voire la pauvreté, n'a pas permis de se familiariser avec d'autres « mondes », même pas par les livres ou la télévision.

Les changements brutaux, peu préparés, peu parlés, entraînent des malaises profonds qui perturbent l'équilibre personnel déjà mis à rude épreuve par le quotidien : la nourriture, le climat, les odeurs, les saveurs etc ... Il faut faire face trop rapidement à une quantité de nouveautés dont certaines vous réjouissent, mais dont

beaucoup d'autres vous agressent !

L'adaptabilité plus immédiate des enfants n'est pas sans créer un certain trouble chez les parents plus spécialement chez les mères car une distance supplémentaire est introduite entre elles et leurs enfants. L'apprentissage du français, par exemple, se double chez les enfants d'une moins bonne pratique de la langue maternelle. Nous pourrions encore répertorier

chaldéen de Turquie ou d'Irak ne permet pas de rentrer facilement en dialogue avec des chrétiens de France, ou baptistes d'Afrique ... Arrachement et déracinement entraînent tant d'éclatement, de dispersion, d'émiettement, qu'il faut avoir soit une dose d'utopie, de rêve, peu commune, soit une certaine inconscience, soit les deux, pour pouvoir résister au choc, avons nous constaté.

Plusieurs des familles accueillies

«...Nous avons constaté ce mélange de solidité et de précarité, de stabilité et de mouvance. Les femmes surtout, françaises et étrangères, nous ont paru porteuses de ces aspects assez paradoxaux...»

d'autres éléments porteurs d'éloignement, de séparation ...

Les bouleversements culturels, rapides et profonds, n'épargnent pas les croyances religieuses de chacun. A qui se raccrocher puisque le Dieu lui-même auquel on croit, subit aussi, des changements radicaux ? Etre musulman de France, de Macédoine, de Guinée ou d'Algérie ne recouvre pas la même réalité. Ce qui aurait pu paraître, a priori, stable et solide, point de convergence et lieu de communion, devient à son tour, cause de dissension avec les autres et de distorsion pour soi-même. Ce qui est vrai pour les musulmans l'est autant pour les chrétiens ; être chrétien assyro-

arrivaient de pays où la violence faisait rage. Venant du Cambodge, du Congo, du Kosovo ou d'Algérie on peut parfois garder jusque dans sa chair, mais sûrement dans son esprit et dans son cœur des plaies lentes à se cicatrifier. Pourquoi tant de hargne, de violences verbales et autres, chez d'adorables fillettes congolaises ? Mais peut-il en être autrement quand on a été témoin d'exactions de toutes sortes. Même constat pour des enfants français qui ont vécu des violences familiales.

Autre facteur de précarité : l'incertitude face au lendemain. En distinguant les adultes et les enfants. Ces derniers dès qu'ils sentent que la situation se stabilise (qu'est-ce que le «temporaire»

Force et fragilité des familles « en transit » (suite)

pour eux ?) reprennent vite les comportements habituels de l'enfance. Le fait d'être pris dans un réseau plus large que leurs parents, les libère, pour une part, d'être sans cesse confrontés aux inquiétudes immédiates de ces derniers. « *On ne parle pas toujours de ce qui ne va pas* » ont pu nous dire de jeunes irakiens de 8 à 14 ans. Un appel d'air se crée, en quelque sorte, et leur permet de mieux respirer.

L'incertitude des adultes porte sur la quasi-totalité de leur vie. Pour les familles étrangères, à ces mêmes incertitudes parfois, s'ajoutent celles-ci préoccupantes, taraudantes : aurons-nous le droit de rester en France ? Nous mettra-t-on à la porte d'ici, de France ? Faudra-t-il après un tel périple repartir à la case départ ? Tout cela pour rien ?

Le temps laissé par l'absence de travail, de relations, de loisirs culturels ou autres, ne peut être valablement rempli. Les propositions d'activités ne soulèvent pas enthousiasme et participation. Dans sa tête, dans son cœur, c'est encore et toujours le transit, on

est hanté par hier, happé par demain, aujourd'hui n'est que le vecteur pour passer de l'un à l'autre.

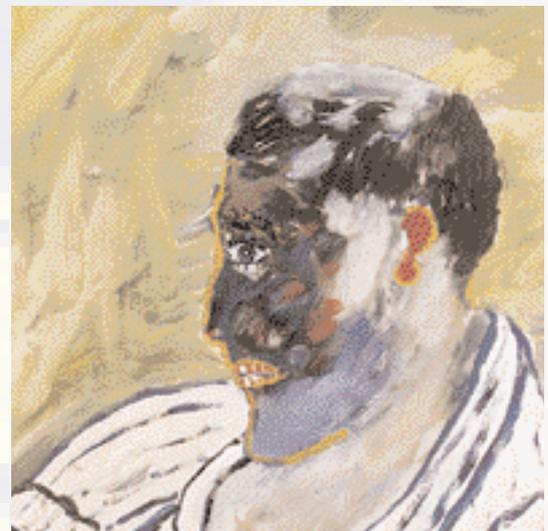
Tout ce qui précède représente la face sombre, mais il y a aussi la face lumineuse. On ne choisit pas de quitter son pays, de traverser les frontières, de franchir les déserts et les mers, de faire des dettes auprès de ceux qui, en France, nous ont aidé, si on n'a pas une solidarité réelle, un vouloir vivre fort, une résistance à toute épreuve. Voilà bien le contraire de la précarité !

En effet nous avons constaté ce mélange de solidarité et de précarité, de stabilité et de mouvance. Les femmes surtout, françaises et étrangères, nous ont paru porteuses de ces aspects assez paradoxaux. Elles semblent subir l'éclatement de la famille ou le départ du pays et en même temps ce sont elles, dans la majorité des cas, qui sont l'axe de la reconstruction : elles tiennent, elles tissent les liens nouveaux et vitaux. Les hommes ont pris les décisions, les femmes les assument dans le quotidien, serions-nous tentés de dire. La présence des

enfants n'est sans doute pas sans importance pour expliquer ce sursaut des femmes.

Loin de nous ériger en principe, un simple constat : en situation difficile, ce n'est sûrement pas le confort qui est le besoin premier, mais la chaleur humaine, la proximité, tout ce qui peut permettre de reconstituer le tissu familial, social. Ce qui est ressenti comme dispersion, isolement, est porteur d'une menace.

Précarité et santé mentale, tel a été le fil conducteur de ces quelques réflexions à partir de l'expérience. La précarité peut se présenter sous différentes formes. Celles dont nous avons été témoins est temporaire, une issue peut-être entrevue, si ce n'est immédiatement trouvée. Il n'empêche que certains, peu nombreux parmi ceux que nous avons connus, n'y résistent pas. Qu'en sera-t-il donc pour celles et ceux dont les situations semblent s'éterniser ? Quels soutiens, quel environnement, quelles médiations pourront leur permettre de ne pas sombrer ? ■



Droit formel des malades mentaux et risque d'abandon

« *Découverte* par un huissier un an après sa mort »

Jacques HOUVER
Cadre socio-éducatif
C. H. Le Vinatier
69500 Bron

C'est le titre qu'affichait récemment un quotidien relatant la découverte d'une femme de 57 ans, dans son appartement HLM, par un huissier venu lui réclamer ses loyers impayés. La malheureuse, momifiée sur le sol, était décédée depuis plus d'un an dans la plus absolue des solitudes.

« *Je lègue mes biens aux pompiers et aux policiers qui feront l'enquête* », tel est le dernier message laissé par cette personne qui vivait avec une allocation pour adultes handicapés.

Elle avait bénéficié dans le passé d'un suivi psychiatrique ambulatoire.

Pas de famille, pas d'amis, pas de voisins pour s'inquiéter de sa disparition, perte de contact avec l'équipe soignante, boîte aux lettres qui déborde de factures impayées et de recommandés, disparition de la file active du secteur, service minimum des funérailles prises en charge par la ville, inhumation dans le carré des indigents et des anonymes.

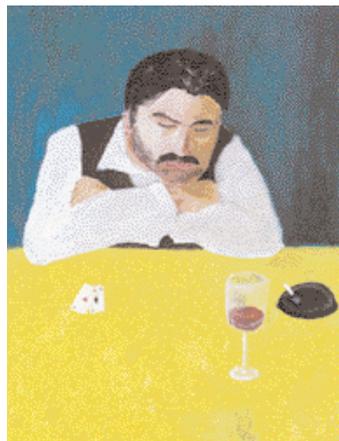
Chaque professionnel de la psychiatrie connaît des faits similaires et mon propos n'est pas de rechercher des responsabilités. Mais cette triste histoire illustre l'isolement total dans lequel peuvent vivre certaines femmes ou certains hommes malades qui n'intéressent personne, en 2001, au sein d'une société confrontée à de multiples phénomènes d'exclusion frappant certains groupes de la population.

La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et l'évolution du mode de leur prise en charge est loin d'avoir soulagé toutes leurs souffrances et

apporté une meilleure qualité de vie à l'ensemble d'entre eux.

En 1975, une « charte des internés » était publiée par un collectif d'associations dont le GIA*, regroupant des personnes psychiatisées et des travailleurs militants (soignants ou non) engagés dans une lutte visant à conquérir les droits démocratiques les plus élémentaires pour les personnes internées et rompre leur isolement.

A partir de 1983, le Conseil de l'Europe s'est engagé dans la promulgation d'une longue liste de recommandations invitant les gouvernements à développer une politique en matière de santé mentale respectant mieux les Droits de l'Homme, rappro-



chant les lieux de soins des lieux de vie des populations, s'engageant vers une disparition des concentrations asilaires.

A partir de 1985, la France s'est progressivement dotée d'outils qui devaient favoriser cette évolution.

Mais en décembre 2000, la FNAP Psy** et la Conférence Nationale des Présidents de CME des CHS éprouvent tout de même le besoin de rappeler dans une « charte de l'usager en santé mentale » que cet usager

est une personne à part entière, *une personne qui souffre, qui doit être informée, qui doit participer aux décisions la concernant, une personne responsable, citoyenne qui doit être aidée à sortir de son isolement.* Cette charte revendique que soit développée à l'intention des usagers *une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale, afin de favoriser l'insertion sociale et professionnelle de ces personnes trop souvent victimes de discrimination.*

Malgré les avancées de la chimiothérapie et le développement de dispositifs de plus en plus déployés au sein de la communauté, certains malades mentaux, notamment ceux souffrant de troubles sévères et persistants, sont confrontés à des difficultés spécifiques limitant leur insertion sociale et leur intégration dans la société.

Beaucoup de ces personnes connaissent de longues périodes de blocage alternant avec des périodes de crise.

Ce blocage atteint le rapport aux autres et peut conduire ces personnes à s'isoler de plus en plus, à couper la communication avec autrui. Il est source de manque de concentration, de perte de confiance en soi, de sentiment que tout échappe, de repli, de tristesse, et de désespoir.

Les crises engendrent des changements profonds dans la vie, provoquant des détériorations parfois irréparables : perte de l'emploi, du logement, incapacité de prendre soin de soi, de gérer la vie quotidienne, divorce, éloignement des enfants, abandon de la part de l'entourage et des amis, débordement total, souffrance condensée insupportable, confusion, et parfois perte totale de l'autonomie.

(suite page 13)

*GIA : Groupement Information Asile

** FNAP Psy : Fédération Nationale des Associations et ex Patients en Psychiatrie

L'entretien dans la rue

Jean-Paul CARASCO

Infirmier psychiatrique
Réseau «Souffrances et
Précarité»

Hôpital Esquirol
94000 St Maurice

Il s'agit là d'une pratique nouvelle très marginale pour la plupart des infirmiers.

Le plus souvent, la personne n'est pas demandeuse de cet entretien, ni de soins.

■ **La présentation**, le nom, mais aussi la fonction et le rôle dans l'institution permettent de situer clairement le niveau auquel se situera la relation. Il ne s'agit pas de venir compatir ou consoler, mais bien de proposer une évaluation et un soin du domaine du psychologique.

« Je me suis rendu sur place une première fois avec un véhicule du SAMU social permettant ainsi à Nicole d'identifier immédiatement mon appartenance institutionnelle. Je me suis présenté par mon nom, mais aussi surtout par ma fonction, tant il me semblait important pour la suite de la prise en charge éven-

tuelle qu'elle sache qu'elle avait à faire à un infirmier psy ».

■ **Le respect du rythme de l'autre** : une relation ne se décrète pas unilatéralement, elle s'instaure. Il s'agit de gagner la confiance, mais aussi de faire confiance.

« Lorsque je lui ai dit que je reviendrai la voir, je lui ai donné un repère dans le temps (le même jour, une semaine après) en spécifiant la plage horaire (après-midi). J'ai volontairement mis un laps de temps relativement long afin de ne pas être sur un registre persécutant ».

■ **L'observation** tient ici un rôle primordial en l'absence de dialogue, mais elle est en général une précieuse source de renseignements. Ce que nous voyons nous parle.

« Je notais quelques détails : malgré la saison, elle portait un bonnet de laine qui recouvrait les oreilles. Ce qui me frappa, par ailleurs, c'était sa propreté et l'occupation ordonnée de l'espace (linge séchant sur un carton devant la ventilation, aménagement de la poubelle en table, ses sacs cachés dans le bac à fleurs ».

■ Enfin, **l'évaluation**. L'entretien n'est pas un but en lui-même ; il peut y avoir mieux à faire, parfois, que de le poursuivre. On peut en effet juger qu'une prise en charge médicale ou somatique s'impose.

« Il fallait accepter que nos rencontres ne conduisent pas tout de suite à une prise en charge psychiatrique, évaluer l'état somatique, faire la part entre sa souffrance, sa liberté, sa possibilité à demander de l'aide. Je me fixais à chaque fois un objectif minimum. ».

BIBLIOGRAPHIE :

Extraits de « Pratique de l'entretien infirmier »
Collection souffrance psychique et soins, Ed Masson, déc.2000

Droit formel des malades mentaux et risque d'abandon (suite)

L'évolution de la pathologie entraîne alors chez la personne une vulnérabilité occasionnant des pertes au niveau psychosocial. Elle conduit à des détériorations, des déficits, des handicaps majorés par différents événements stressants (faiblesse des revenus, conditions d'hébergement ou de logement mauvaises ou inadaptées, alimentation mal équilibrée, chômage dans une société valorisant le tra-

vailleux performant, isolement, rejet social, stigmatisation...).

Certains, contraints de supporter ces souffrances sans une aide adéquate ou suffisante, ont le sentiment de ne pas avoir trouvé dans la psychiatrie un espace d'écoute dont ils avaient besoin. Ils se détournent alors des soins et des divers supports sociaux pour plonger dans un isolement total, un mal de vivre tellement insup-

portable qu'ils poussent certains à remettre en cause la vie elle-même.

La réflexion sur l'accompagnement, le soutien social, la nécessité de développer un mouvement d'entraide en faveur des patients psychiatriques, usagers et citoyens, doit aussi devenir une priorité dans le champ de la lutte contre les exclusions.

■

De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion

Tout groupe humain fonctionne à l'exclusion et à l'inclusion.

Ceux qui y trouvent place (les inclus) se définissent et se reconnaissent entre eux à partir de caractéristiques communes fixées conventionnellement. Ceux qui ne présentent pas ces caractéristiques sont exclus et leur exclusion n'est pas pathogène.

Il y a un seul groupe auquel on ne peut pas ne pas appartenir et que l'on ne peut absolument pas quitter de son vivant : le groupe naturel que constitue la famille humaine. A l'intérieur de ce groupe, les démocraties constituent autant de sous-groupes au sein desquels, au nom de la fraternité, chaque citoyen se doit de posséder sa place :

- Place dans la réalité concrète.
- Place dans le champ des échanges symboliques : tout citoyen est l'interlocuteur potentiel de tous les autres qui le reconnaissent comme leur égal et leur semblable.

Ici l'exclusion est pathogène parce qu'elle est liée à l'escamotage de la place de certains citoyens : les laissés pour compte de l'Economie. Bien qu'ils soient toujours officiellement des citoyens à l'égal des autres, ils se retrouvent illégitimement dans un espace virtuel situé en deçà des limites de l'humanité mais au-delà les limites de la société des inclus dont l'accès leur est interdit de fait (faute de place).

Les exclus perdent leurs moyens d'existence (même si le RMI les aide un tant soit peu) et leurs moyens psychologiques car ils ne se sentent pas à leur place parmi des inclus mieux lotis qui ne les reconnaissent pas comme de vrais semblables dès lors qu'ils ne sont pas de leur monde puisqu'ils sont exclus ! Condamnés à chercher une place hypothétique, ils font d'abord des efforts d'insertion. S'ils n'aboutis-

sent pas, confrontés au manque à avoir et au manque à être, ils perdent leur aisance dans tous les sens du terme et leur désinsertion s'accroît. Puis, n'ayant plus rien à échanger et ne comptant pour rien, ils renoncent à se battre et deviennent des morts sociaux. Ils survivent quelques temps dans la rue sans domicile fixe, avant de rejoindre la fosse commune des disparus sans laisser d'adresse ni de regrets.

Cette trajectoire spontanément mortifère est liée à un véritable syndrome d'exclusion associant honte, désespérance et inhibition affectivo-cognitive. Engendré par la situation d'exclusion (que l'exclu soit en bonne santé ou malade mental avant son exclusion), il évolue ensuite pour son propre compte, créant et entretenant un état de mal-être qui s'aggrave et aggrave inexorablement l'exclusion qui lui a donné naissance.

- **La honte** pousse les exclus à se cacher et à cacher leur misère, mais elle est aussi paradoxalement un lien qui les relie aux inclus tout en les tenant à distance. Affect pénible de dévalorisation, sa présence chez les exclus signifie qu'ils se méprisent autant que les inclus les méprisent puisqu'ils ne leur font pas place parmi eux. En ayant honte d'eux-mêmes, ils légitiment leur exclusion. Dès lors, non seulement la révolte leur est interdite, mais en plus faute de pouvoir faire envie, ils n'ont pas d'autre ressource que d'apprendre à faire pitié. Et le piège se referme, ils doivent rester pitoyables, c'est-à-dire exclus, pour qu'on s'occupe d'eux.

- **La désespérance** : elle n'est pas la dépression bien qu'elle puisse la singer en tous points, elle est la conscience douloureuse d'une impuissance totale à modifier son état

d'exclu et le vécu d'une solitude extrême, associées au sentiment que cela n'intéresse personne. Elle peut culminer en désespoir et conduire au suicide. A la différence de la dépression qui a besoin d'un traitement pour se dissiper, la désespérance est susceptible de disparaître si le contexte se modifie et si d'authentiques liens humains parviennent à se tisser entre l'exclu et son entourage .

- **L'inhibition affectivo-cognitive** vise à engourdir la souffrance liée à la honte et à la désespérance. C'est un effort permanent plus ou moins inconscient pour ne penser à rien car il n'y a rien de bon à penser dans la galère, et pour ne rien ressentir car éprouver des sentiments est trop pénible quand on se sent indésiré/indésirable, et trop dangereux quand on est confronté à la violence de la rue, il ne faut pas montrer de faiblesse.

Victimes de l'indifférence collective, les exclus essayent de s'y rendre indifférents pour ne pas trop en souffrir. Ils s'aident parfois de l'alcool et des drogues au risque de s'enfoncer un peu plus dans leur exclusion et de se faire rejeter davantage. A une société qui les méprise assez pour ne pas leur faire place, ils font le coup du mépris en refusant des soins qu'ils voient comme des cache-misère destinés à les faire passer pour des malades alors qu'ils savent bien qu'ils sont d'abord des maltraités sociaux. Pour qu'ils changent de point de vue, et acceptent les soins dont ils ont souvent besoin, nous devons comprendre avant de les aborder qu'on peut souffrir à en mourir sans être malade : il suffit d'être exclu. ■



Jean MAISONDIEU
Psychiatre des Hôpitaux
Centre Hospitalier de
Poissy St Germain en Laye

Courrier adressé à la Rédaction par Jean-Marc PANFILI

Ancien Maire Adjoint de Montauban et Infirmier D.E Hôpital de Jour Psychiatrie adulte.

La psychiatrie dans notre département souffre de problèmes très spécifiques. Les moyens humains n'ont cessé de diminuer pour arriver à un déficit situant le Tarn et Garonne comme « lanterne rouge » de la région Midi Pyrénées (source projet médical d'établissement 2000-2004). Cette situation s'explique facilement : le budget global du CH de Montauban ne permet pas d'identifier comme dans les autres départements les moyens spécifiques affectés à la santé mentale. Ceci permet une érosion régulière des moyens par absorption sur divers services généraux considérés a priori comme prioritaires.

Parallèlement, le Tarn et Garonne, carrefour de communication, connaît les plus forts indices de fragilité sociale (AAH, RMI, AS...etc) de Midi Pyrénées (sources DDASS, CAF, INSEE). Ces situations sont souvent

accompagnées de fortes souffrances psychologiques nécessitant des prises en charge spécifiques. Ce contexte entraîne bien sûr, faute de moyens, une violence institutionnelle porteuse de drame potentiel mais plus largement on constate la marginalisation d'une catégorie de population souvent jeune, porteuse de troubles de santé mentale de type nouveau. Ceux-là, sont hélas bien visibles, accroupis au coin de nos rues. Mais il y a tous ceux : toxicomanes, « déséquilibrés », « pervers », « forcenés », aujourd'hui incarcérés, et à qui l'univers pénitentiaire inhumain n'offre plus que le suicide ou la récidive comme issue à leurs souffrances (voir statistiques Observatoire des prisons – rapport parlementaire).

Face à cela la meilleure prise en charge reste celle que peuvent assurer les professionnels : psy-

chiatres, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, à condition qu'on leur en donne les moyens.

A ce jour, c'est loin d'être le cas et cela pose question. Les USA répondent avec une organisation communautariste⁽¹⁾ avec la prison voire la mort pour tous ceux qui dérangent l'ordre établi. Est-ce un modèle que nous souhaitons ? Ou alors nous considérons que cette vie harmonieuse passe par le soin, l'éducation, la tolérance, la solidarité et tous les moyens qui vont avec.

Pour moi qui suis à la croisée du politique et du professionnel, cette dernière option est la seule solution viable mais elle nécessite l'union des volontés et un véritable courage politique.

Souhaitons qu'à l'aube de ce millénaire nous nous retrouvions nombreux à ce rendez-vous !

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Loïc Wacquant «Les Prisons de la Misère», Liber/Raisons d'Agir (1999)



Vos attentes par rapport à RHIZOME

Merci d'avoir répondu au questionnaire annexé aux deux premiers numéros de RHIZOME. Son dépouillement a permis d'identifier les thèmes que vous considérez comme prioritaires :

1. Le travail en réseau et partenariat (articulation entre le sanitaire et le social)
2. Exclusion, précarité et santé mentale : la clinique psychosociale
3. Les jeunes : enfants et adolescents
4. Santé mentale et insertion socio-professionnelle
5. Les nouvelles pratiques thérapeutiques (réflexions et échanges d'expériences en France et en Europe)

Nous nous emploierons à répondre à l'attente de nos lecteurs tout au long des numéros à venir.