

COMMISSION CHARTE ÉTHIQUE & MARAUDE

Commission ad hoc

[Identification des situations de crise]

Contribution à la réflexion

Participants à la commission: Sylvie Zucca, Valérie Sebag-Depadt, Jacques Lebas, Aymeric Reyre, Patrick Henry, Alain Mercuel, Emmanuel Hirsch

Rédaction : E. Hirsch, mai 2009

Dans la charte Éthique & Maraude, les principes de l'éthique sont énoncés comme valeurs de référence. Qu'en est-il en pratique, dans les circonstances de la vulnérabilité, des addictions ou de la violence lorsque la personne n'est plus en capacité d'apprécier de manière autonome où se situe son intérêt propre et que les situations peuvent dégénérer à son détriment mais également à l'égard d'autrui ?

Certes, des dispositifs juridiques encadrent les prises de décision contraignantes, notamment de placement d'office. Mais est-il toujours possible d'apprécier le degré de gravité ou d'urgence, d'anticiper une évolution possible de la crise ? Dans ce cas comment témoigner respect à l'autre sans s'exonérer de toute responsabilité dans un contexte de dilemme et parfois de conflit d'intérêt ?

Notre objectif vise dans ce premier document synthétique à clarifier les circonstances dans un texte indicatif de quelques repérages sous forme de questionnements.

Les éléments proposés à la réflexion feront l'objet d'approfondissements dans les prochains mois en vue de la rédaction d'un texte abouti.

1. A situation diverses, réponses adaptées

Une première difficulté à identifier relève de la **diversité des approches propres à chaque maraude** : certaines privilégient la rencontre, l'écoute, la relation, d'autres l'intervention sociale ou le suivi notamment médical.

Intervenir auprès d'une personne dans la rue c'est envisager une démarche complexe susceptible de se développer sur la longue durée, ce qui n'est pas toujours compatible avec les modalités d'action en vigueur. Parfois seul un travailleur social est disponible pour assurer le suivi de 50 personnes...

Certains refusent l'offre des maraudeurs, voire se laissent mourir dans un ultime acte politique : « ce qui me reste à faire c'est de mourir contre vous. »

2. Rue : lieu de l'exclusion

La rue constitue d'emblée un environnement sauvage que l'on peut définir comme un lieu de crise.

Selon quels critères justifier un impératif d'intervention d'un tiers et à quelles conditions ? Qui doit intervenir et dans quel but ? La rue constitue-t-elle un cadre adapté ou doit-on d'emblée recourir à l'hospitalisation ? A quelles conditions ? Qu'en est-il de la faculté d'appréciation et de décision de la personne concernée ?

Jusqu'à quel point parvient-on à ne pas s'habituer à des circonstances pourtant considérées inacceptables, incompatibles avec le sens de la dignité ? La détermination des seuils à déterminer qui doivent inciter à la vigilance ou à l'alerte ne paraît pas évidente. D'autant plus que les circonstances évoluent dans un contexte incertain, précaire.

Dans la société, de manière habituelle la démence fait peur, chez les maraudeurs aussi. Elle suscite des attitudes de mépris ou de discrimination. Qu'en est-il de l'acceptation possible de ceux qui présentent des signes ou des phases semblant relever de la psychiatrie, ne serait-ce que pour survivre aux conditions de la rue ?

Vivre dans la rue, parfois des décennies, induit des pertes de repères fondamentaux des points de vue spatial et temporel. Interviennent également les aléas du quotidien, les mauvaises rencontres. Le rapport au corps propre s'estompe. Le langage également s'oublie. Le mode de vie altère la dimension psychique de la personne. On peut observer **une forme d'effondrement de l'identité**.

Il est des situations vitales non repérées par la personne comme telles. La question de la douleur qui ne se dit pas ou plus, dans cette « clinique de l'exclusion ».

3. De l'urgence à la crise

Distinction entre situations d'urgence et situations de crise : la crise se situe juste avant l'urgence. De telle sorte que faute de repérage

anticipé des signes évocateurs de crise on risque d'être confronté à la gravité de l'urgence.

Il convient d'identifier le « moment de crise », de le caractériser, d'identifier la nature de la crise afin d'envisager les possibilités de réponses adaptées alors que pourtant, de manière générale l'intervention de la police sera sollicitée en première intention.

La médicalisation de la réponse ne s'impose pas de manière évidente ou systématique, l'approche psychiatrique relevant pour ce qui la concerne de déterminants restrictifs.

S'impose tout d'abord la confrontation de regards. Lorsque l'on éprouve un doute, il convient de renouveler la rencontre, d'évaluer l'évolution possible en comparant les différents moments de l'observation (aggravation, stabilisation, mieux-être). **Le maintien du lien s'avère déterminant.**

L'intervenant maraudeur devrait **disposer d'une capacité d'observation lui permettant de détecter des signes précurseurs d'une détérioration de l'état de santé de la personne** ou alors de pondérer ce que certains peuvent considérer comme une altération faite de la situer dans la continuité d'un suivi. Le savoir très spécifique acquis dans une relation prolongée avec une personne permet d'être attentif aux signes évocateurs d'une crise émergente.

L'intervenant devrait être en mesure de contacter si nécessaire un interlocuteur capable d'orienter sa décision sur la base d'une évaluation des circonstances, même à distance.

L'intervenant maraudeur doit être en capacité de poser une parole, de prendre une décision. Il en est d'autant plus apte, disposant du réseau de compétences capables de lui faire bénéficier des conseils indispensables en temps réel.

Selon quels critères et dans quelles conditions diriger des personnes vers des structures d'accueil psychiatrique alors que leur prise en charge ne sera possible que dans des circonstances estimées extrêmes, ne serait-ce que du fait de la carence en structures d'accueil adaptées ?

En situation critique la décision doit être discutée dans le cadre d'une approche transversale afin de surmonter les risques de conflits de compétences. L'enjeu est bien : comment décider d'agir ensemble ? **La collégialité s'impose comme mode d'approche et de négociation des circonstances de crise.**

Du point de vue strictement juridique, l'intervenant risque de voir sa responsabilité engagée quelle que soit son attitude envers la personne vulnérable. **Mieux vaut toutefois initier une démarche d'alerte abusive que de se voir reprocher une non assistance à personne en danger.**

La fonction du psychiatre s'avère peu valorisante ou valorisée en dépit de ses difficultés : la non intervention a autant d'importance que la prise en charge complexe. Seul constat dressé selon une approche utilitariste : la personne n'est plus dans la rue, elle ne dérange plus...

4. Défaillance du dispositif de soin

S'agissant spécifiquement du soin psychiatrique, les filières hospitalières adaptées font défaut. Mais le manque de recours autres que psychiatriques peut aussi inciter à hospitaliser des personnes qui ne relèvent pas directement de l'urgence psychiatrique.

De même, le fait de ne pas décider d'une hospitalisation sous contrainte justifiée incite des assistants sociaux ou d'autres intervenants à initier des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) pour des personnes qui ne relèveraient pourtant que des urgences du fait, par exemple d'une alcoolisation excessive.

La violence peut être assimilée à tort à la schizophrénie. **D'où l'importance de la mise en place de filières adaptées.**

Les personnes ayant déjà eu une expérience péjorative de l'hospitalisation en psychiatrie, notamment avec les assujettissements médicamenteux, refusent d'emblée l'hospitalisation. Il conviendrait de leur proposer des séjours de courte durée.

Des questions fortes se posent toutefois : que faire face à un grand délirant sans papiers ? Que (lui) proposer ?

Pour les psychotiques les réponses autres que chimiothérapiques font défaut. La désinstitutionnalisation ne sert pas leur prise en charge alors que ces patients ont besoin d'un suivi approprié et d'un cadre de vie.

Les personnes justifiant une prise en charge psychiatrique glissent, souvent de manière péjorative, vers le secteur social à bas seuil.

Les personnes dont l'état de santé mentale s'avère particulièrement inquiétant seraient les plus silencieuses : les véritables urgences sont invisibles, elles ne sont jamais les plus évidentes. La sensibilisation des intervenants dans le cadre des maraudes aux signes justifiant l'alerte en vue d'une prise en charge s'avère donc complexe mais opportune.