

Actes de la journée d'étude de
l'Orspere-Samdarra

Faire avec la mort
Vulnérabilités et pratiques
en santé mentale

Soufiane Mengad

Mercredi 7 juin 2017
ENS de Lyon
Amphithéâtre Descartes

Cette journée d'étude traite d'une thématique à la fois sensible et potentiellement dérangeante : la mort. Quel est notre rapport à la mort et comment a-t-il évolué ? Son vis-à-vis est-elle la vie ? Comment pratiquement « accompagner à la mort » ? Qu'est-ce qu'un deuil ? Si nous pouvons nous accorder sur le constat d'une déritualisation de la mort, il y a alors d'autant plus un enjeu à échanger collectivement sur cette thématique.

Présente comme une réalité statistique potentielle dans le champ de la précarité, la mort n'en demeure pas moins un phénomène dénié, nécessairement peut-être, dans les pratiques d'accompagnement social. La perspective de projet s'inscrit en effet contre cette issue tragique de trajectoires bien souvent marquée par les conduites d'autodestruction et le cumul des problématiques de santé. Ou bien elle peut tendre à occuper tout l'espace de l'accompagnement en occultant les capacités et possibilités créatives de ces personnes qui « n'en finiraient pas de mourir ». C'est en tous cas souvent sur un mode traumatique qu'elle s'impose, rappelant sa réalité de façon brutale et inattendue.

Elle vient visibiliser, voire déranger, ceux dont « on » s'était accommodé d'une certaine invisibilité. Elle rappelle, tragiquement, qu'il y avait une vie : une personne. Ces morts de la rue, ces morts aux frontières, peuvent tout autant nous mettre face à notre impuissance que nous questionner sur ce qu'ils peuvent signifier.

Cette journée d'étude, associant professionnels de terrain et chercheurs de plusieurs disciplines, propose d'évoquer ces figures et ces destins de la mort dans les pratiques d'accompagnement social ou clinique, tant dans sa potentialité que dans ses effets d'actualisation, et les modes de composition avec sa présence, nos manières de « faire avec » elle.

∞ Sommaire

• Argumentaire.....	1
• Sommaire	2
• Propos introductifs de la journée d'étude	3
• Première table ronde : « Mort et précarité ».....	4
<i>Présentation de l'étude « Dénombrer et décrire : mortalité des personnes sans domicile en France » (2015), Maya Allan</i>	4
<i>La mort des SDF : un enjeu politique, économique et social embarrassant, Daniel Terrolle</i>	16
<i>Gestion par la Ville de Lyon des funérailles des personnes dépourvues de ressources suffisantes et / ou isolées, Marion Navette</i>	21
<i>Analyse de la pratique après la mort d'un homme ou d'une femme de la rue : pour un enterrement psychique dans le grand temps, Jean Furtos.</i>	29
• Deuxième table ronde : « Soulager, faire taire, transformer la souffrance : les enjeux de l'accompagnement autour de la fin de vie »	33
<i>Introduction de la table ronde, Anne-Sophie Haeringer.....</i>	33
<i>Du soin au prendre soin : la réalité du sujet, Florence Meilland et Myriam Legenne</i>	35
<i>Lutter contre la souffrance pour survivre : donner une chance de plus à la vie, Jean-Louis Terra.....</i>	45
• Troisième table ronde : « La santé mentale à l'épreuve de la mort ».....	50
<i>Vieillir, vivre et mourir. Travail psychique des âgés et de soignant, Jean-Marc Talpin.....</i>	50
<i>Accompagner la mort à la frontière franco-britannique, Lou Einhorn</i>	55
<i>Il ne passera pas l'hiver ou les effets de la mort dans le travail de rue, Bertrand Zilber... ..</i>	66
• Conclusion de la journée	75

∞ Propos introductifs de la journée d'étude

Halima Zeroug-Vial, Psychiatre, Directrice de l'Orspere-Samdarra, Lyon

Bienvenue à cette journée. L'Orspere-Samdarra avait déjà travaillé en 2002 sur la mort des personnes hébergées en centre d'hébergement. Cette recherche s'intitulait « *Accompagner jusqu'au bout, la mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil d'hébergement* ». Jean Furtos vous en dira un peu plus. En 2016, le Samu social de Lyon nous a sollicités pour une formation sur l'accompagnement à la mort et aux rites funéraires de personnes en grande précarité. D'autres sollicitations ont suivi et l'idée s'est imposée à nous de réaliser un bulletin de Rhizome ainsi que d'organiser une journée sur cette thématique.

La semaine dernière, j'ai été confronté à la mort brutale dans le service d'une patiente de 25 ans qui s'est suicidée. Alors que le suicide en psychiatrie est l'issue la plus redoutée que nous surveillons sans cesse, nous nous sommes retrouvés totalement désemparés dans le service. Choqués par la brutalité de l'acte, devant à la fois tenter de comprendre, de donner du sens et de se recueillir aussi face à ce décès, il nous fallait soutenir l'équipe et les agents présents au moment du drame et dans le même temps, nous conformer aux procédures administratives. Nous avons la chance dans notre établissement d'avoir un service de prévention au suicide qui nous a soutenus rapidement. Il y avait donc toutes ces choses à faire en même temps, et par ailleurs, il fallait joindre la famille. Cette jeune fille avait un parcours émaillé de ruptures avec de multiples placements dans des institutions, des foyers. Elle avait rompu tous ses liens avec ses parents, comme pour se couper d'une partie d'elle-même. Cette rupture s'étendait à toute relation sociale puisque lorsque l'on a tenté d'appeler les proches, il n'y avait que deux contacts sur son téléphone. Après maintes recherches, nous avons réussi à joindre la mère ainsi que le père. Tout ce que je vous dis est peut être sous le coup de l'émotion, mais c'est aussi dans notre quotidien, et il faut s'y confronter. J'ai reçu la mère de cette patiente hier, nous avons pu parler de sa fille. Elle m'a racontée un bout de l'histoire qui manquait. D'une certaine façon, nous avons fait vivre cette jeune femme dans le discours, surtout dans le discours maternel. Cette mère a pleuré sa fille, et d'une certaine façon elle a pu rétablir cette patiente dans une inscription familiale et sociale. La mort nous a tragiquement rassemblés. Comme ce jour, nous nous rassemblons tous autour de cette thématique qui est une thématique taboue, dérangeante et pourtant qui fait partie totalement de nos activités professionnelles et bénévoles, dans la santé, le social, la recherche.

Avant de commencer cette première table ronde, je tenais à remercier nos tutelles : le Ministère de la santé, la Direction générale de la santé, la Direction de la cohésion sociale, l'Agence régionale de santé, le Centre hospitalier du Vinatier qui est notre établissement d'accueil, ainsi que l'ENS qui nous accueille dans cet amphithéâtre.

Je vous souhaite une bonne journée avec des échanges riches et fructueux.

∞ Première table ronde : « Mort et précarité »

Présentation de l'étude « Dénombrer et décrire : mortalité des personnes sans domicile en France » (2015), Maya Allan

Maya Allan, Epidémiologiste, Collectif les Morts de La Rue, Paris

Histoire du Collectif les Morts de la Rue

- Créé en 2002 par des travailleurs sociaux confrontés à la mort des usagers, et du silence autour de la mort des gens de la rue.
- Regroupe 40 associations et des particuliers dont des personnes en situation de rue (CA, bénévoles).

Principes

- Le Collectif ne se substitue pas aux associations adhérentes pour l'accompagnement des funérailles et des proches.
- Le Collectif respecte une neutralité politique et religieuse et s'impose la plus grande réserve lors des funérailles de personnes dont la religion n'est pas connue.

Activités du Collectif Les Morts de la Rue

Hommage public annuel et autres actions de sensibilisation :

- *Faire savoir*
- *Veiller à la dignité*
- *Offrir une possibilité de ritualiser*

Accompagnement des proches en deuil

- Administratif, juridique, humain
- Groupe de parole
- Interventions dans les structures

Accompagnement des inhumations des personnes isolées prises en charge par la Mairie de Paris

Formations

Le collectif est composé de 2 salariés, 2 services civiques, 1 auto entrepreneur, 150 bénévoles.

Étude « Dénombrer et Décrire »

L'étude « dénombrer et décrire » est financée depuis 2012 par la DGCS, ainsi que par la Fondation Abbé Pierre et la fondation Caritas depuis 2015.

Questionnaire standardisé (97 questions)

Catégorie Socio Professionnelle, parcours de vie, famille, causes et circonstances du décès, historique médical, situation administrative.

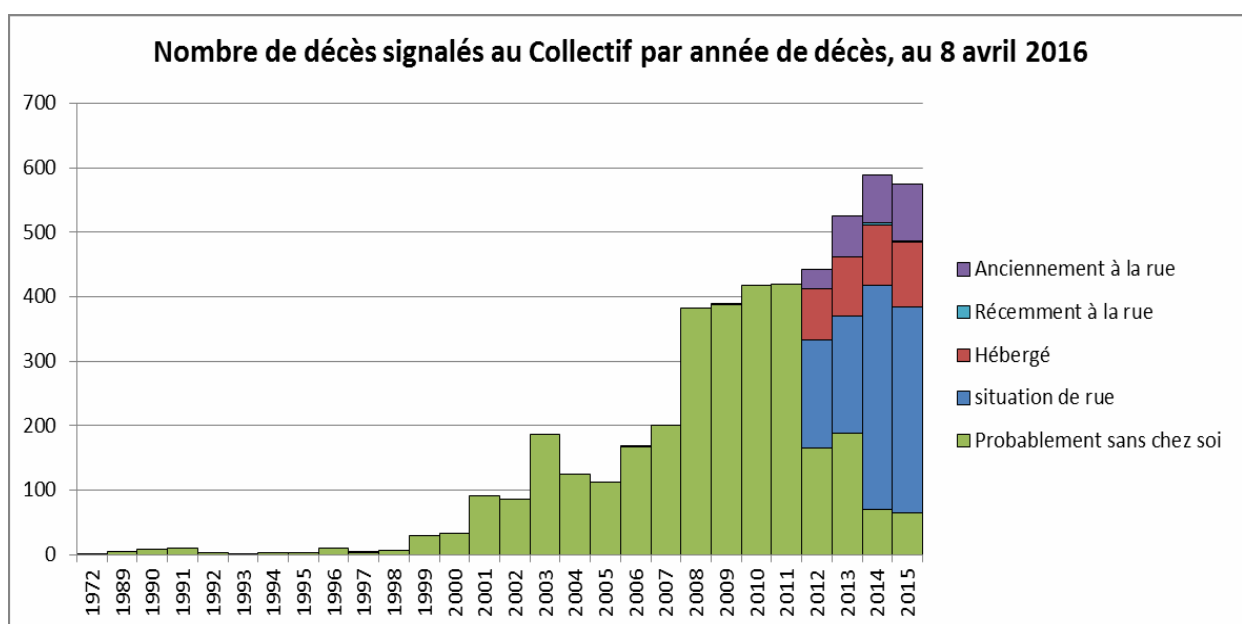
Investigation du parcours de la personne

Rappel de contacts ayant connu la personne de son vivant.

Entretien semi dirigé à distance.

Analyse descriptive annuelle :

2016 : consolidation de 5 années de données soit près de 2700 personnes.



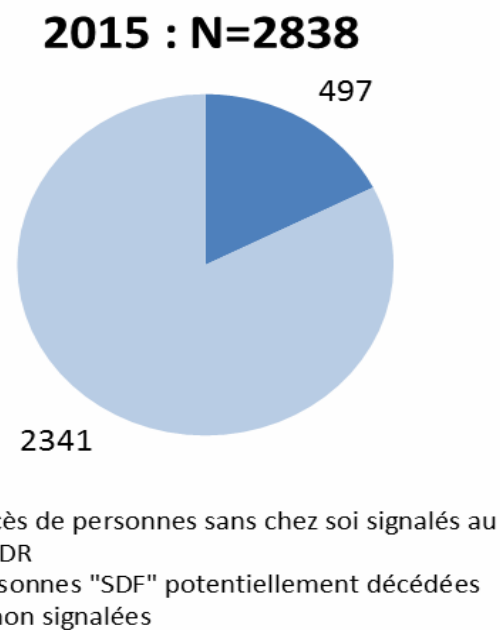
- Au total depuis la création du collectif : **4962 décès de personnes « sans chez soi » signalés au collectif**
- 2015 : **585 décès** signalés, dont **88 anciens** de la rue et **497 personnes sans chez soi**
- **92%** sont des hommes
- 10 mineurs de moins de 18 ans, dont 6 enfants de moins de 15 ans tous en famille, parents Roms ou immigrants
- 49,6 ans en moyenne pour les personnes sans chez soi, comme les années précédentes : 30 ans de moins qu'en population générale
- 60 ans en moyenne pour les anciens de la rue

Nombre de décès de SDF : le dessus de l'iceberg

Pas de système de surveillance national des décès de SDF en France : le nombre de décès signalé au collectif est non exhaustif.

Appariement avec la base de donnée nationale des décès (INSERM- CepiDC) : l'estimation du nombre réel de décès, qui serait près de 6 fois plus élevé (>2800 pour 2015)

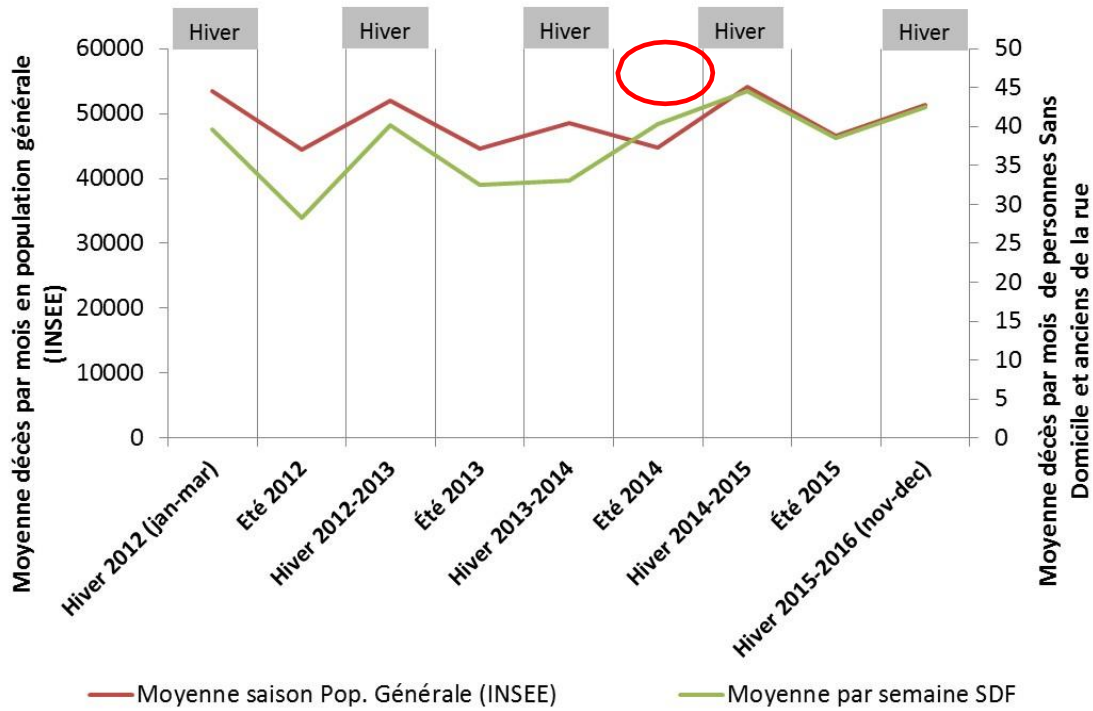
Article: C. Vuillermoz and A. Aouba, "Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010", BMC public, 2014



Sources d'informations

2015	PROVINCE		ILE-DE-FRANCE		TOTAL	
	n= 351		n= 234		N=585	
	n	%*	n	%*	n	%*
ASSOCIATIONS	198	50,6	100	37,5	298	45,3
Association, sans précision	1	0,3	2	0,7	3	0,5
Accompagnement Morts de la rue	109	27,9	0	0,0	109	16,6
Hébergement	36	9,2	38	14,2	74	11,2
Maraudes	9	2,3	15	5,6	24	3,6
Services pour les SDF	35	9,0	25	9,4	60	9,1
Association, soins	7	1,8	2	0,7	9	1,4
Association, autre	6	1,5	19	7,1	25	3,8
INSTITUTIONS	36	9,2	68	25,5	104	15,8
Partenaires institutionnels, sans précision	0	0,0	1	0,4	1	0,2
115/samu social	24	6,1	17	6,4	41	6,2
Service funéraire**	0	0,0	15	5,6	15	2,3
Institut Médico-Légal***	0	0,0	3	1,1	3	0,5
Mairie/Etat civil	13	3,3	6	2,2	19	2,9
CCAS/PSA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mairie/Morts isolés	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Police/BRDP	0	0,0	17	6,4	17	2,6
Coordination des Maraudes	0	0,0	10	3,7	10	1,5
CHAPSA de Nanterre	0	0,0	14	5,2	14	2,1
Partenaire institutionnel, Autre	1	0,3	0	0,0	1	0,2
HOPITAL	3	0,8	24	9,0	27	4,1
Hôpital, sans précision	2	0,5	0	0,0	2	0,3
Service social	0	0,0	11	4,1	11	1,7
Etat civil	0	0,0	7	2,6	7	1,1
Hôpital, autre service	1	0,3	0	0,0	1	0,2
PARTICULIER	26	6,6	45	16,9	71	10,8
Particulier, sans précision	5	1,3	2	0,7	7	1,1
Particulier - Famille	2	0,5	3	1,1	5	0,8
Particulier - Autre	19	4,9	41	15,4	60	9,1
MEDIA	127	32,5	29	10,9	156	23,7
AUTRE	1	0,3	1	0,4	2	0,3

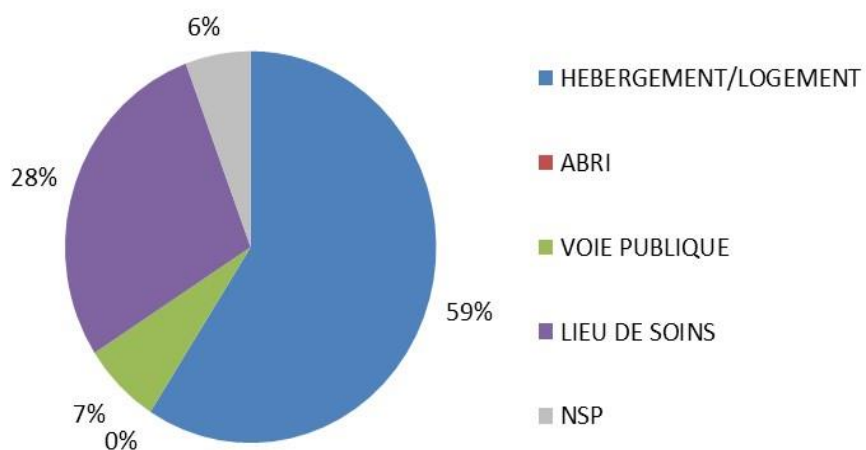
Période de décès



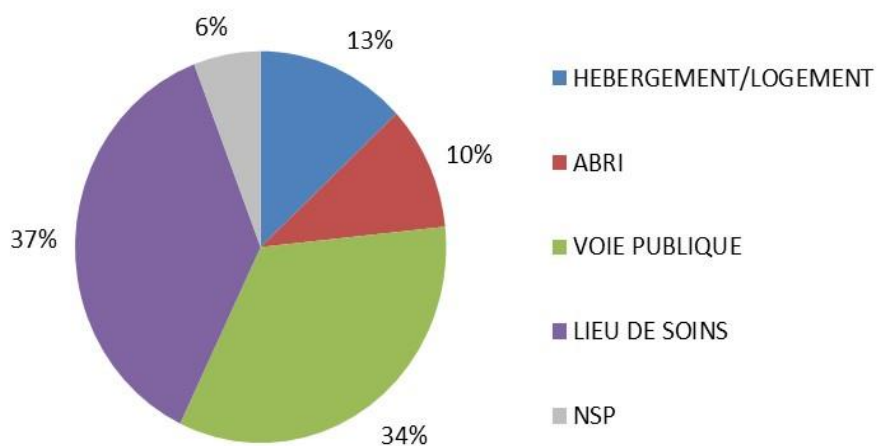
- Augmentation des décès en hiver 2015.
- Tendance similaire entre « Sans chez soi », « ancien de la rue » et la population générale.
- Les SDF meurent d'avantage l'hiver comme la population générale : le problème n'est pas le froid mais la situation de rue.

Lieu de décès

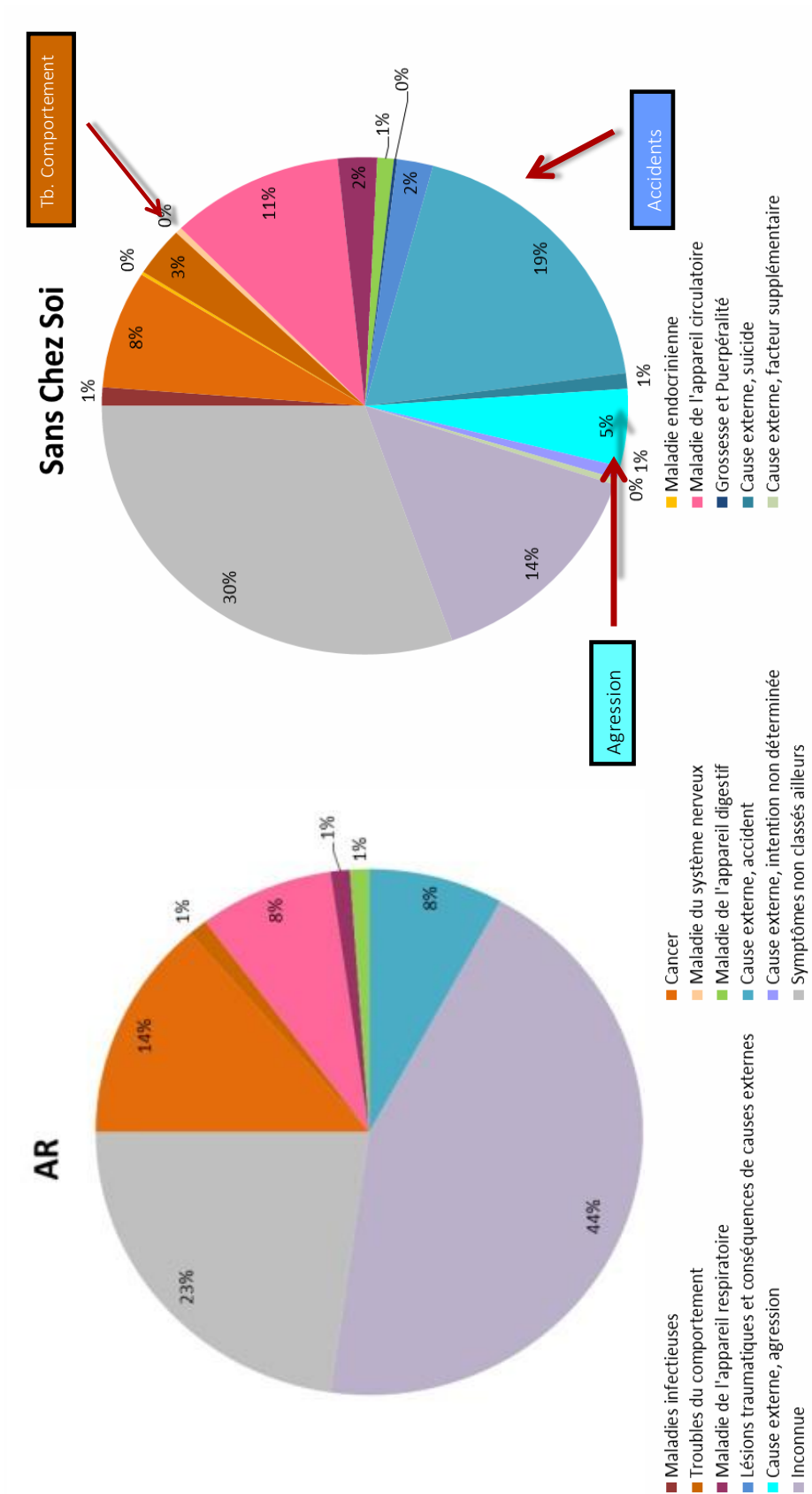
Anciens de la rue



Sans chez Soi

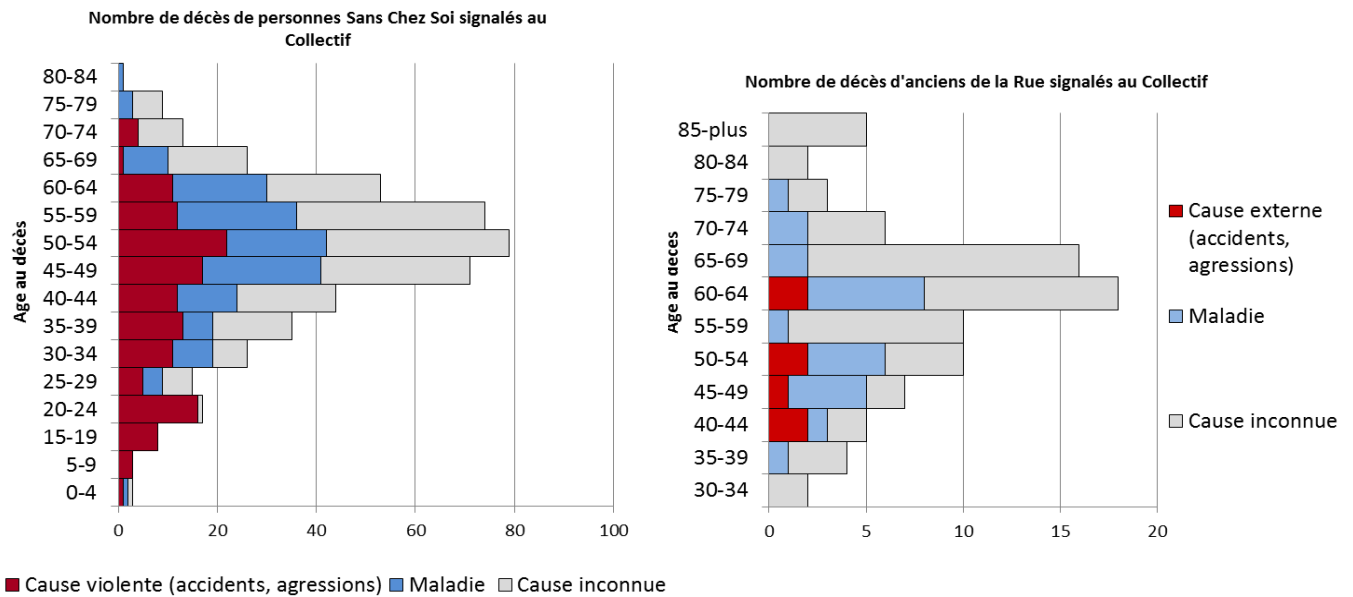


Cause de décès



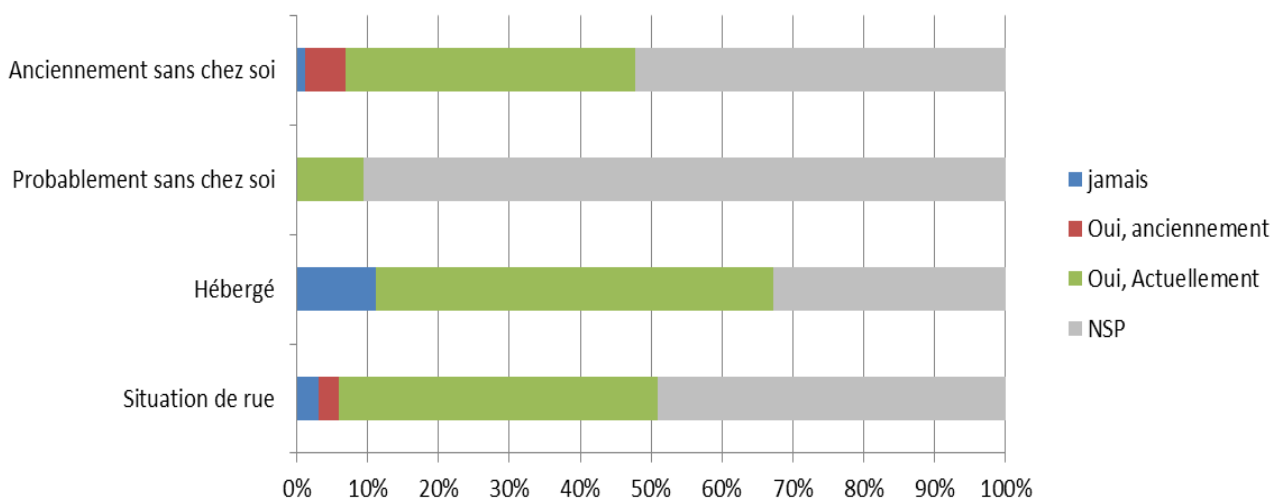
Suicides avérés : 5 décès (soit 1%), contre 9% en population générale standardisée :
déclaration?

Cause de décès par classe d'âge et situation de rue



Addictions et troubles psychiatriques

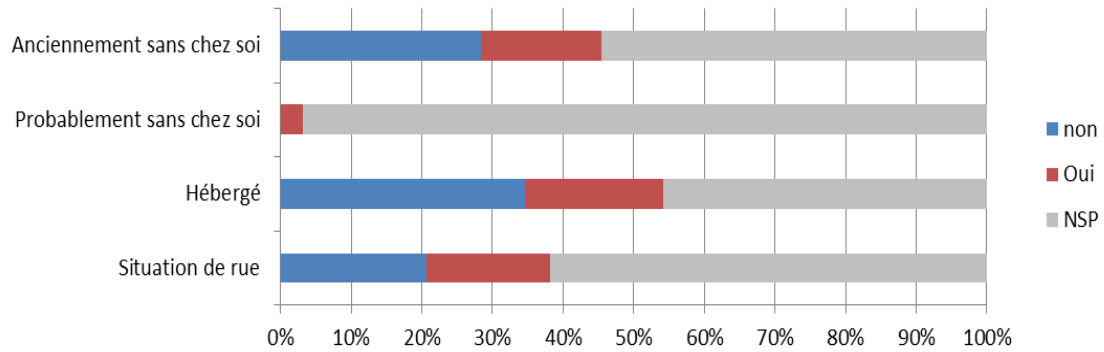
Addiction



CMDR: 30% des personnes ont été signalées comme ayant une addiction à l'alcool.

SAMENTA: 27% des personnes à la rue présentent des troubles psy.

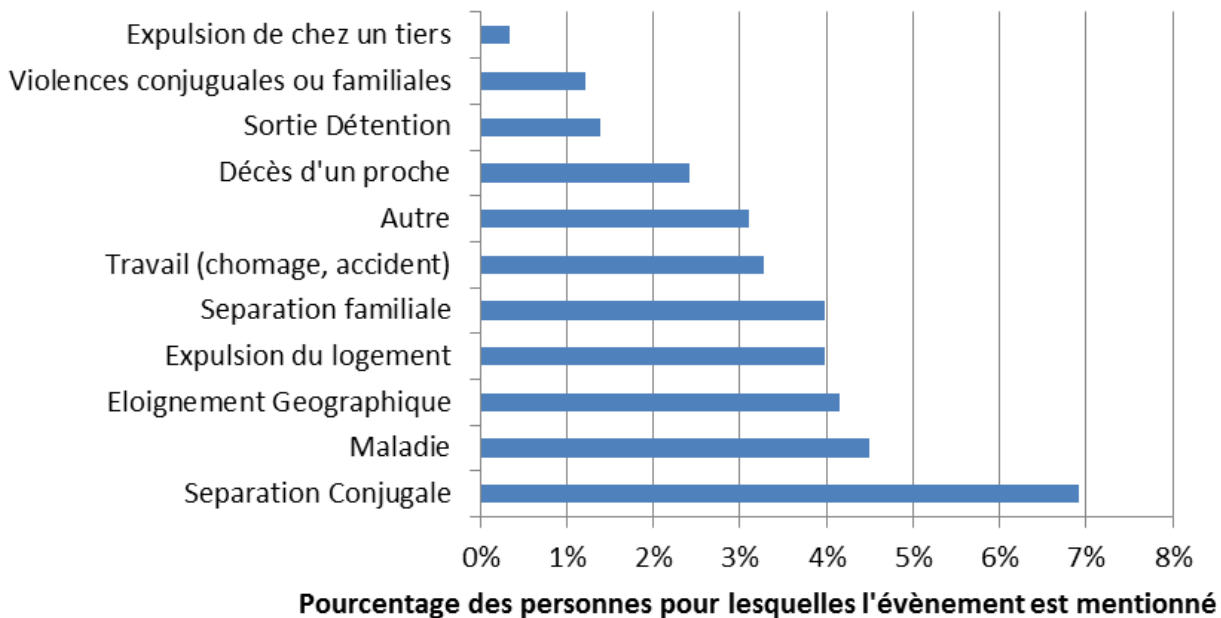
Troubles psychiatriques



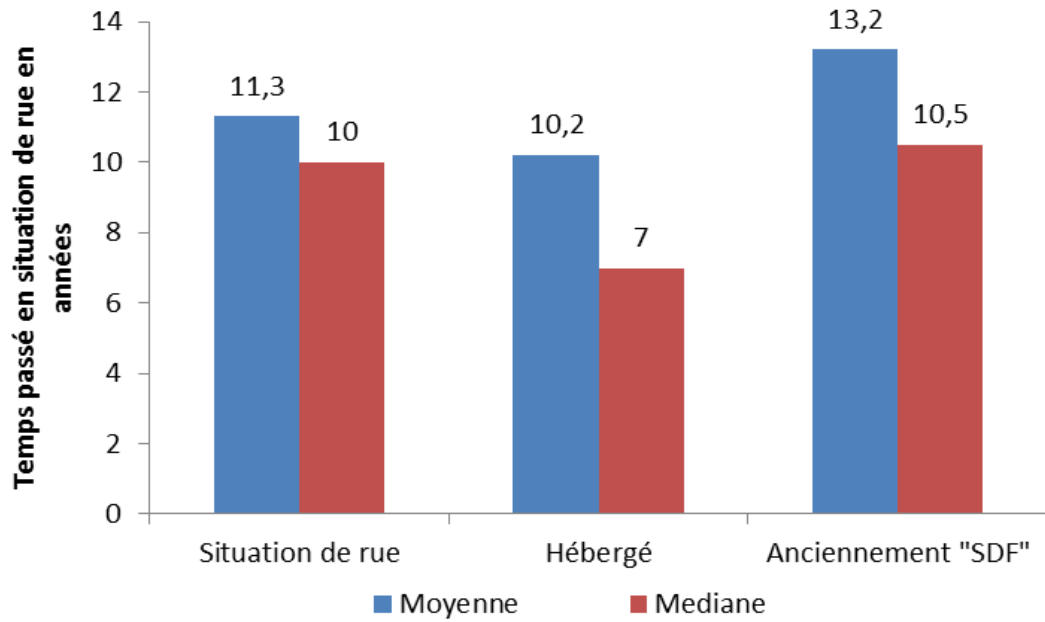
CMDR : 16% des personnes ont été signalées comme ayant des troubles psy.

SAMENTA: 30% des personnes à la rue présentent des troubles psy.

Evènements ayant causé le passage en errance

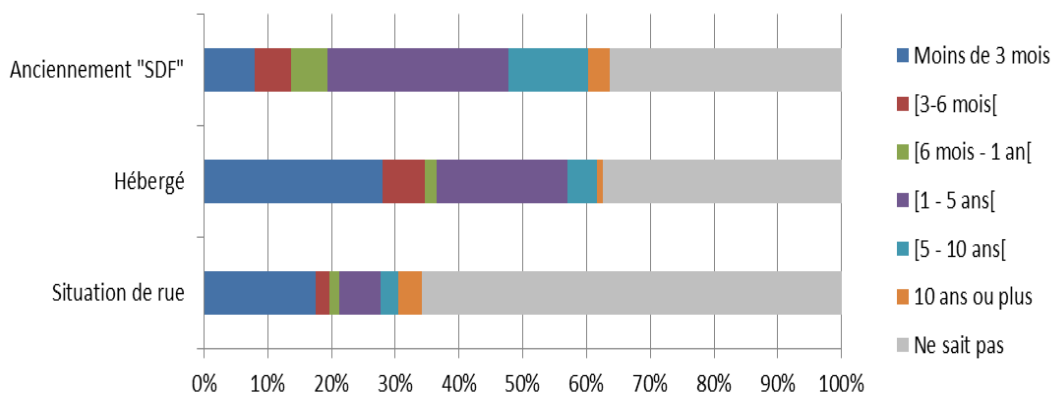


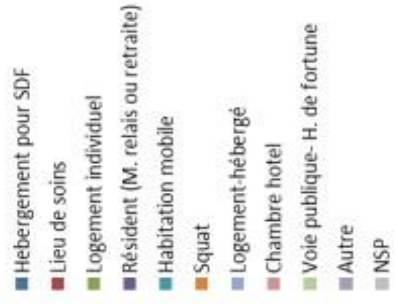
Temps passé à la rue



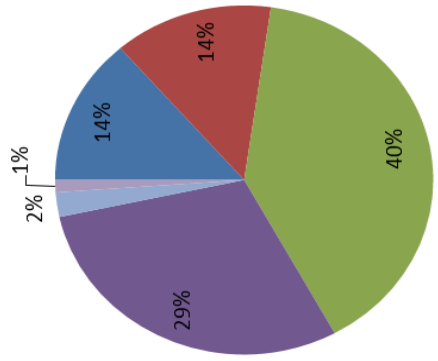
Dernier lieu d'habitation

Temps passé dans le dernier lieu de vie

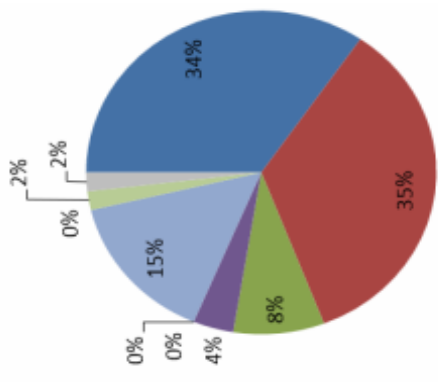




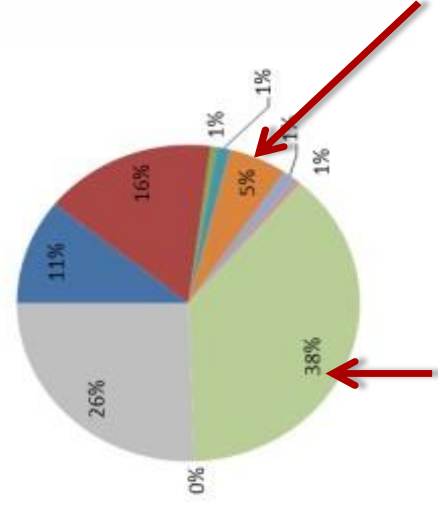
Anciens de la rue



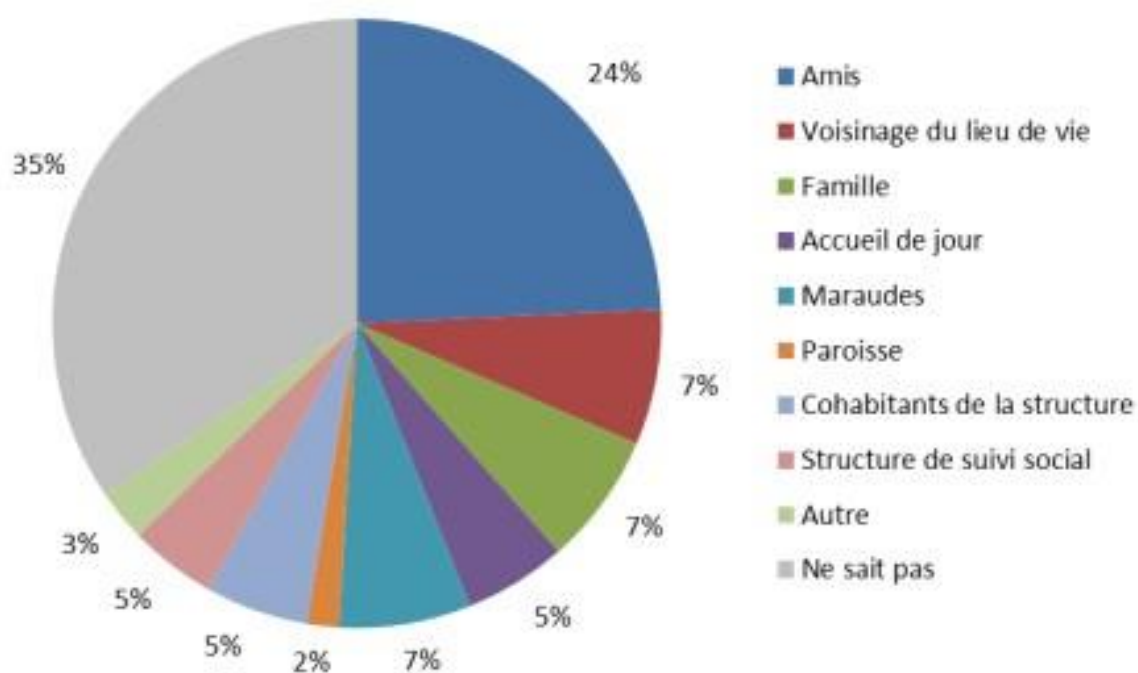
Heberges



Situation de rue



Liens sociaux des SDF



- 2% rencontraient leur famille au moins une fois par mois
- 4% vivaient en couple
- 5% vivaient en groupe
- 60% étaient suivis par des travailleurs sociaux (Associations, maraudes, CCAS)
- Ces proches ont besoin de faire leur deuil, le CMDR peut les y aider

La mort des SDF : un enjeu politique, économique et social embarrassant, Daniel Terrolle

Daniel Terrolle, Anthropologue, Paris

Après avoir étudié dans le cadre du PUCA (1990-1993) les modes de vie des « nouveaux pauvres » d'alors (les SDF), et avoir commencé une recherche sur les effets de la logique de prévention situationnelle (aménagement urbains anti-SDF), je me suis posé en 1995 une question simple : que deviennent les SDF ? Comme seulement deux sorties de l'exclusion sont possibles (la réinsertion ou la mort), j'ai été amené à suivre ces deux pistes en commençant par ce que les statistiques pouvaient nous apprendre à ce propos.

La réponse des statistiques fut rapide : rien. La réinsertion est apparue comme une arlésienne dont on parle beaucoup mais qu'on ne voit ou ne démontre, sociologiquement jamais. Seul l'ouvrage de Bertrand Bergier (*Les affranchis*, L'Harmattan, 2000) tente d'évaluer son bilan et pose un questionnement sociologique pertinent à ce propos, trop pertinent et embarrassant sans doute pour être cité par mes chers collègues chercheurs. Quant à la mort, je découvre très vite qu'à cause de l'absence d'un item statistique « SDF » défini par l'Insee, l'Inserm ne peut dénombrer les SDF décédés qui restent comptabilisés et noyés dans l'ensemble des « inactifs ». En approfondissant cela, je repère que ce problème est en plus biaisé par l'attitude de l'IML (Institut Médico-Légal) de Paris (dépendant de la Préfecture de Police) – par lequel passent tous les cadavres trouvés dans la rue à Paris - qui ne respecte pas l'envoi des bulletins de décès ou leur remplissage complet. Du côté des statisticiens, ceux-ci se réfugient alors derrière un argument éthique assez surprenant dans leur profession (a-t-on le droit d'enquêter sur les SDF ?¹). La réponse la plus pertinente me sera donnée par un expert de la mortalité à l'Inserm : « S'il y avait une volonté politique, on pourrait suivre une cohorte de SDF jusqu'à extinction et en tirer des enseignements statistiques » mais, manifestement, cette volonté fait défaut. Et encore, c'est une figure de style que de le dire ainsi, car je ne tarderai pas à découvrir dans mes recherches sur ce sujet que la volonté politique œuvre en fait à l'inverse, c'est à dire à masquer totalement l'approche de ce sujet.

Les deux observatoires de la pauvreté (celui des Affaires Sociales et celui du Samu Social de Paris) évitent comme la peste la moindre allusion à la mort des SDF dans leurs publications (même quand ils traitent de leur morbidité). L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) est également mutique à ce propos, dissimulée derrière l'opacité de son fonctionnement. Les responsables de l'éthique médicale sont sur la même ligne de défense et si certains médecins qui s'occupent des SDF attestent - hors micro - que ces derniers ont une faible espérance de vie, aucun n'en témoigne publiquement. Bien plus,

¹ Firdion JM, Marpsat M., Bozon M., 1995, « Est-il légitime de mener des enquêtes auprès des sans domicile ? Une question éthique et scientifique », in *Revue des affaires sociales*, n°2.

dans le milieu des chercheurs en sciences humaines, la question du devenir des SDF est soigneusement évitée, même par ceux qui prétendent reconstituer la « carrière » de ces derniers en s'interdisant toute curiosité scientifique quant à la fin de celle-ci. Quant aux responsables associatifs, la gêne sur ce sujet est manifeste, et, poussés dans leurs retranchements, ils finissent par estimer que si 1% des SDF tombés peu de temps à la rue rebondissent rapidement pour se réinsérer dans l'économie dominante, 4 à 5%, après bien des échecs, finissent par intégrer une économie protégée. Quant aux autres (94 à 95%), « ils disparaissent », c'est à dire qu'on ne sait pas ce qu'ils deviennent.

Face à cette absence de données statistiques officielles, j'entreprends ce que je sais faire, c'est à dire un terrain ethnographique en suivant le cadavre dans les différentes étapes qu'il franchit depuis sa découverte dans les espaces publics jusqu'à sa destination finale. Je retrace cet itinéraire en butant sur la porte close de l'IML, et finis par mettre en évidence que les SDF sont inhumés pour cinq ans dans des caveaux individuels à décomposition rapide (pudiquement nommés « caveaux ventilés »), dont j'obtiens le descriptif technique, au cimetière parisien de Thiais. Après ces cinq années, les restes sont relevés et acheminés au crématorium du Père Lachaise et leurs cendres dispersées dans le « Jardin du souvenir »². Jusqu'en 2002, la ville de Paris assure ce recyclage sans dimension symbolique. Après, elle améliorera les aspects symboliques de ces décès (fleurissement de chaque caveau à la Toussaint, plaques nominatives, etc...) et confiera à l'association Les Morts de la rue, le soin d'accompagner les corps non réclamés de ces défunts et de ritualiser leur enterrement à Thiais, première étape de cette double mort des SDF, la seconde ne bénéficiant pas de rituels particuliers.

Pour conclure, si quelques améliorations symboliques se sont greffées sur le recyclage de ces cadavres, (en partie obtenues par l'action des Morts de la rue et peut-être par l'effet de mes publications), la situation statistique officielle est actuellement restée la même, tout comme l'omerta politique et institutionnelle qui s'attache à ce sujet, malgré les recommandations de la Conférence de consensus de 2007. Mes collègues statisticiens de l'Insee ont seulement remplacé l'argument éthique qui, soit disant, gênait leurs recherches, et n'était plus crédible, par celui de leur absence de moyens humains et techniques pour expliquer leur retard actuel³. On appréciera l'usage de ces alibis successifs. Cependant, Les Morts de la rue ont ouvert d'autres perspectives statistiques dont Melle Maya Allan, épidémiologiste, témoigne aujourd'hui, recherches auxquelles je ne me suis pas joint car d'une part je ne suis pas statisticien et d'autre part, je suis favorable à un traitement statistique de droit commun pour les SDF (comme pour le reste de la population).

Cette recherche m'a permis cependant de rebondir sur le pourquoi de cette omerta

² D.Terrolle, 2002 « La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable », *Etudes sur la mort*, L'Esprit du temps, n°122, 55-68.

³ www.penombre.org/vie et mort dans la rue (2008)

politique et institutionnelle : si le silence délibéré⁴ qui nappe la mort des SDF ne profite pas aux SDF eux-mêmes, à qui profite-t-il alors sinon au « marché de la pauvreté » (mis en place par l'Etat par la délégation de prise en charge des plus démunis, par appels d'offres) ? Marché qui prospère de manière concurrentielle (au détriment du travail social et de son éthique) sans obligation de résultats et en entretenant l'illusion qu'il fait tout pour venir en aide aux plus démunis. Pour pratiquer du « care »⁵ et surveiller⁶ cette population, sans nul doute, mais à quel prix et est-ce suffisant ?

Les statistiques officielles sur la mortalité des SDF (et sur leur réinsertion) apporteraient un démenti manifeste à l'efficacité supposée jusque-là de ce marché et de la politique sociale étatique qui le soutient. Rapportées aux financements publics et privés, aux défiscalisations multiples dont il bénéficie, ces statistiques démontreraient le scandale financier et éthique que représente l'idéologie philanthropique qui le fonde. Idéologie bicéphale en ce qu'elle manie en alternance la compassion et la répression, la carotte et le bâton⁷. Cette omerta n'est en rien un complot mais le résultat d'une convergence d'intérêts entre l'état et les tenants de ce marché, les uns et les autres se tenant par la barbichette.

L'irruption de l'économie sociale et solidaire dans ce marché rompt-elle avec cette idéologie ou l'endosse-t-elle sous de nouvelles apparences plus séduisantes et porteuses (développement durable, greenwashing revendiqué, procédures d'évaluation des résultats annoncées comme plus strictes et transparentes,...)⁸ ? Toute la question est là. Remarquons quand même que cette économie sociale et solidaire n'est pas dans la logique économique du service public. Elle a gardé celle du profit, donc de la rentabilité, même déguisée sous les attributs du « social » et du « solidaire ». L'évolution des choix politiques vers une conception libérale de ce traitement « social » est manifeste depuis

⁴ Voir à ce propos les déclarations surprenantes de Mme Parigi (SSP), dans *Le Monde* du 27 août 2003, lors de la canicule, et l'alignement des associations caritativo-humanitaires, un mois après, sur le chiffre avancé et invérifiable de 4 à 5 décès de SDF lors de cet épisode.

⁵ Finalement, D. Céfaï et E. Gardella (*L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samu Social de Paris*, La Découverte, 2011) n'ont-ils pas fondamentalement raison lorsqu'ils assimilent au seul « care » les remèdes apportés aux SDF ? Leur apporter un peu de chaleur est bien le moins que ce marché, aux financements pharaoniques, puisse faire tant il sert de lessiveuse à la bonne conscience sociétale et de blanchiment à la « vertu sociale » des entreprises.

⁶ Les maraudes caritativo-humanitaires ont, pour certaines, cette fonction principale (Julie Roberto, Master d'ethnologie, Nice, 2014-2015). On peut évoquer aussi ces missions de simple police (dites « missions sensibles ») qu'acceptent de remplir certaines associations pour les municipalités (vidage des SDF des quais de Seine pour Paris Plage ou encore du Bois de Vincennes (Gaspard Lion, « Des hommes, des bois. Déboires et débrouilles » master EHESS, prix de la Cnaf 2011-2012).

⁷ Par exemple, la RATP (Régie Autonome des Transports Parisiens) lance en 1993 les opérations « coup de pouce », largement médiatisées (mais dont on n'aura aucune évaluation des résultats), en faveur de la réinsertion des SDF, au moment où sa cellule « design » a un cahier des charges définissant la conception de sièges indétournables par les « indésirables ». Ou encore EDF (Electricité de France) participe au GIP (Groupement d'Intérêt Public) du Samu Social et coupe régulièrement l'électricité pour impayés, à l'entrée de l'hiver, aux plus précaires.

⁸ Voir à ce propos, Hély M., Moulévrier P., *L'économie sociale et solidaire : de l'utopie aux pratiques*, La Dispute, 2013.

plus de quinze ans et elle s'accélère : on facilite « les financements privés pour rendre plus efficace les programmes sociaux »⁹, on mobilise la « finance solidaire », on multiplie les frayages¹⁰, les partenariats avec les entreprises (soucieuses d'entretenir l'illusion de leur vertu sociale en contrepartie d'aides techniques ou financières), avec les fondations¹¹, on met en concurrence les travailleurs sociaux avec les bénévoles (en dévalorisant et destituant ainsi le travail social), enfin, on recycle les SDF dans le traitement écologique des déchets et le développement durable...bref, on substitue peu à peu à l' « état providence », tout en prétendant le renforcer, un dispositif rentable et privatisé, qui n'est pas sans évoquer le modèle américain. Et ce d'autant plus que le libéralisme a toujours eu comme crédo de privatiser les bénéfices et de socialiser les pertes : ce qui implique que c'est la société civile (dont la majorité ne bénéficie pas des bénéfices du libéralisme) qui épongera les pertes. Autant dire qu'avec l'orientation politique d' « En marche ! » l'avenir de ce marché s'annonce plus radieux et paré de vertu pour ceux qui le gèrent que pour ceux qui en sont l'objet.

On comprendra mieux ainsi comment l'état et ce marché ont peu d'intérêts à "faire avec la mort" en en révélant l'impitoyable réalité statistique à laquelle ils préfèrent opposer l'interminable lamentation de la compassion et l'antienne de la « solidarité », qui

⁹ Cf. l'article de Vincent Mahé, secrétaire général du Groupe SNI et président d'Ampère Gestion (Le Monde du 12/04/2017). Une filiale du Groupe Caisse des dépôts a créé un fond qui intéresse les investisseurs privés à l'hébergement d'urgence. Un nouveau modèle pour l'action sociale ?

¹⁰ Une des cellules essentielles de ces collaborations est l'ORSE (Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprises) (association fondée en juin 2000 par différents partenaires tels que des grandes entreprises du monde de l'industrie, des services et de la finance, des sociétés de gestion de portefeuille et des investissements, des organismes professionnels et sociaux, et des ONG issues aussi bien de l'environnement que du respect des droits de l'Homme) dont la visite du site internet est édifiante, tout autant que son « Rapport de mission remis au Ministre de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Partenariats stratégiques ONG/Entreprises, Juin 2005 ». Nous sommes là dans des connivences entre gens de qualité où des entreprises comme Sanofi, Total ou Véolia apprennent à se connaître et à s'apprécier avec WWF ou les Amis de la Terre, ou encore EDF avec La Croix Rouge, le Secours Catholique et Médecins sans frontières et Médecins du Monde. Un tel frayage débouchant sur des partenariats envisageables, tout cela dans le respect d'un cadre éthique qui, pour quasiment totémique qu'il soit, consacre l'alliance des demandeurs de vertu avec les entrepreneurs de morale. Proche de cette dynamique bien rodée maintenant, d'autres regroupements se manifestent sous le couvert de l'économie sociale et solidaire et du développement durable. MOUVES (Mouvement des Entrepreneurs Sociaux) en est un bon exemple dont un des membres fondateurs (et actuellement membre du CA) est Eric Pliez. Il n'est pas sans intérêt de s'attarder sur cette personne et ses engagements aussi multiples que divers. Cet ancien éducateur spécialisé, titulaire du certificat d'aptitudes aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service (Cafdes) de l'EHESP et d'un DEES à l'Isis Creai a travaillé dans le champ de la réinsertion, contre l'exclusion et la pauvreté. Depuis 2001 il est directeur général de l'association Aurore (qui a repris d'autres associations comme Cœur des Haltes). Il est également membre du bureau de la FNARS. Il a été nommé Président du Samu Social de Paris par le CA du 7 octobre 2013. Une visite du site d'Aurore est éloquent quant à l'onglet « partenariat » saturé par les logos des diverses fondations d'entreprises avec lesquelles cette association est en lien.

Une même visite sur le site de MOUVES ne manque pas d'intérêt pour comprendre que les entreprises de l'économie sociale et solidaire nagent dans le potage philanthropique, et n'attendent que de grandir en taille et en maturité pour rejoindre ORSE.

¹¹ À ce propos, il n'est pas inutile de signaler que Mr Marc Ladreit de Lacharrière (mis en examen dans le Pénélope Gate), est à l'origine, avec Mme M. Aubry, en 2007, de la fondation « Agir contre l'exclusion », qu'il finance. On mesure ainsi tant la vertu qui anime ces montages que les liens politiques qui les unissent.

n'expliquent rien et derrière lesquelles ils abritent tant leur supposée éthique que le caractère trop souvent fallacieux des réponses qu'ils prétendent apporter au devenir, toujours opaque, des SDF.

Gestion par la Ville de Lyon des funérailles des personnes dépourvues de ressources suffisantes et / ou isolées, Marion Navette

Marion Navette, Direction des Cimetières de la Ville de Lyon, Responsable du pôle décès, Lyon

Définition du cadre légal d'action de la Ville de Lyon

Textes de référence

- Art L 2213-7 CGCT : le Maire ou à défaut, le représentant de l'Etat dans le département pourvoit d'urgence à ce que toute personne décédée soit ensevelie et inhumée décemment sans distinction de culte ou de croyance.
- Art L 2223-19 CGCT : le service extérieur des pompes funèbres est une mission de service public comprenant, le transport des corps avant et après mise en bière, l'organisation des obsèques « ... ». Cette mission peut être assurée par les communes, directement ou par voie de gestion déléguée. Elle peut être également assurée par toute entreprise ou association bénéficiaire de l'habilitation prévue à l'article L 2223-23
- Art L 2223-27 CGCT : le service est gratuit pour les personnes dépourvues de ressources suffisantes. Lorsque la mission de service public définie par l'article L 2223-19 n'est pas assurée par la commune, celle-ci prend en charges les frais d'obsèques de ces personnes. Elle choisit l'organisme qui assurera ces obsèques. Le Maire fait procéder à la crémation du corps lorsque le défunt en a exprimé la volonté.
- Art R 1112-75 Code santé publique : La famille, ou à défaut, les proches disposent d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement.
- Art R 1112-76 Code santé publique: Dans le cas où le corps du défunt est réclamé, il est remis sans délai aux personnes visées à l'article R 1112-75. En cas de non réclamation, du corps dans le délai des 10 jours mentionné à l'article L.1112-75, l'établissement dispose de 2 jours francs pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans les conditions financières compatibles, en l'absence de ressources suffisantes, il fait application des dispositions de l'article L 2223-27 du CGCT.
- Art 78 CC: L'acte de décès sera dressé par l'officier d'état civil de la commune ou le décès a eu lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt ou celle d'une personne possédant sur son état-civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible.
- Art 81 CC: Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé

procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, âge, profession, lieu de naissance de la personne décédée.

- Art 82 CC: L'officier de police sera tenu de transmettre de suite à l'officier de l'état civil où la personne sera décédée, tous les renseignements énoncés dans son procès-verbal, d'après lesquels l'acte de décès sera rédigé.

Objectif de cette procédure

Permettre l'inhumation des personnes dépourvues de ressources suffisantes dont le corps n'a pas été réclamé dans le cadre de l'exercice de pouvoirs de police du Maire définis par l'article L 2223-27 du CGCT dans un délai raisonnable et compatible avec le respect dû au défunt.

Conditions préalables à la mise en œuvre de cette procédure

La personne doit être décédée sur le ressort de la commune de Lyon (l'un des 9 arrondissements) ou y avoir son domicile.

Si le décès a lieu dans un établissement de soins : application des articles R11212-75 et R1121-76 du code de santé publique organisation des obsèques lancée après le délai de 10 jours.

La Direction des Cimetières agit comme délégataire du Maire (elle assure la partie administrative). Les compétences du service extérieur des pompes funèbres sont transférées à la Société Publique locale : le Pôle Funéraire Public organise les obsèques

Quelques chiffres :

Le nombre de dossiers de personnes isolées ou dépourvues de ressources traités par la Direction des Cimetières augmente chaque année :

2012: 75 dossiers traités

2016: 105 dossiers traités

2017: déjà 57 dossiers au 1er mai

Procédure mise en place par la Ville de Lyon

Décès dans un établissement de soins (Hôpital, EHPAD...).

Si le corps n'est pas pris en charge dans un délai de 10 jours: bureau des entrées (ou service administratif) transmet à la Direction des Cimetières (Pôle Décès) le certificat médical de décès et les informations nécessaires à la prise en charge des funérailles.

Informations importantes à communiquer à VDL

- *Date et lieu de naissance*
- *Domicile*
- *Situation familiale*
- *Signalement éventuel au service social de l'hôpital*
- *Volontés du défunt*

Une enquête administrative est lancée

- Demande acte intégral de naissance du défunt (situation familiale...)
- Vérification de l'état-civil
- Si compte bancaire a pu être identifié: vérification auprès de la banque des avoirs sur le compte
- Service enquête administrative de VDL

Autres pistes: Maison de Métropole, Centre Communal d'Action Sociale, voisins, mairie de la commune de naissance ou de domicile, employeur...

Si le défunt est propriétaire de son logement ou actif sur le compte > 5000 € et si aucune famille n'a été retrouvée, une requête peut être présentée pour désignation d'un huissier de justice pour effectuer les mesures conservatoires auprès du TI.

Le montant des frais engagés est à la charge de VDL sera ensuite remboursée par la succession.

En parallèle, le parquet civil est saisi d'une demande d'ouverture de succession vacante.

La Ville de Lyon a mis en place un imprimé de signalement pour les établissements de soins qui reprend les principaux éléments nécessaires pour lancer l'enquête administrative.

SIGNALEMENT

PERSONNE DEPOURVUE DE RESSOURCES
Mort Naturelle

PERSONNE ISOLEE
IML

Identité :

Mme Mlle Monsieur

NOM PATRONYMIQUE.....

NOM D'USAGE

PRENOMS

SURNOM.....

DATE DE NAISSANCE/...../..... A.....

DATE DE DECES/...../..... A.....

DOMICILE.....

.....

.....

Situation familiale :

Célibataire

Marié / Veuf / Divorcé de :

Enfants :

Collatéraux :

EFFETS PERSONNELS (clés-papiers d'identité...)

.....

Personnes contactées

- Service enquête Ville de LYON:.....

- Mairie de Naissance

- Autres mairie

- Pose scellés oui non

- Assistant social :

.....

.....

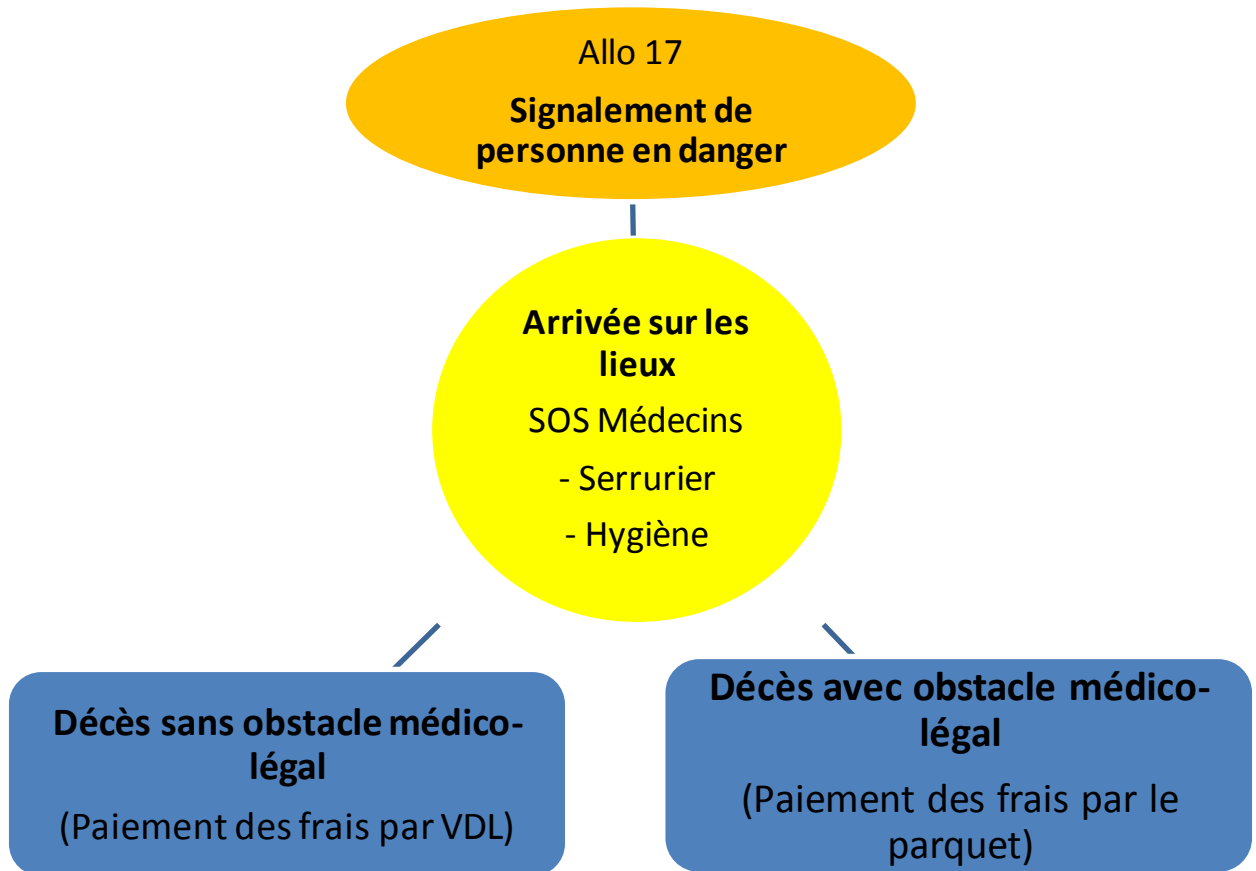
Fax à envoyer à :

Céline EYRAUD ou **Marion NAVETTE**

Direction des Cimetières-Réglementation

04.37.70.70.11 ou **04.37.70.70.04** Dès qu'un défunt n'a pas été pris en charge au
terme de 4-5 jours (ni visites ni renseignements)

Procédure en cas de décès au domicile



Un exemple de mémoire de frais qui doit être transmis à la Direction des Cimetières pour la prise en charge des frais par la Ville de Lyon si le défunt est isolé.

MEMOIRE DE FRAIS

Je soussigné

.....

Représentant la société

Intervenant sur réquisition du commissariat duarrondissement (nom du requérant)

Déclare être intervenu au domicile de M

Adresse :

.....

.....

Afin d'y effectuer les prestations suivantes :

(Description)

.....

.....

.....

.....

Pour un montant total de :HT

.....TTC

Je demande à ce que ces frais soit réglés par la Ville de Lyon et pour une première intervention je prends note qu'il est indispensable de fournir mon n° SIRET, RIB, et code APE

Fait à Lyon le

Signature

Lorsqu'un défunt est transféré après la découverte de son corps vers une chambre funéraire 2 cas sont possibles:

1. Réquisition non judiciaire:

Mort naturelle dans un lieu privé (domicile ou hôtel, foyer etc...) sans obstacle médico-légal ou décès sur la voie publique de cause naturelle:

Si aucune famille n'est présente ou n'a pu être jointe: Application art 74 et 81 CC: réquisition établit par un OPJ pour une entreprise de PF habilitée aux transports de corps avant mise en bière et pour admission à la chambre funéraire (la plus proche du lieu de décès ou de domicile pour éviter les frais).

Le choix de l'entreprise n'est pas libre à Lyon: PC radio se charge de contacter l'entreprise avec laquelle VDL est en marché pour cette prestation: actuellement le Pôle Funéraire Public

Fondement juridique: hygiène, salubrité et décence si la famille n'a pas pu être jointe

Le maire agit dans le cadre de ses compétences en matière de pouvoir de police mais l'OPJ présent sur place et ayant effectué les démarches nécessaires à l'identification du défunt suffit.

Organisation des funérailles :

Lorsque la famille est retrouvée : l'organisation des funérailles se fait avec une entreprise de pompes funèbres de son choix et le règlement des frais est inhérent au transport et au séjour en chambre funéraire

Lorsque aucune famille n'a été retrouvée dans le délai des 6 jours après le décès : le Maire du lieu de décès ou de domicile (selon les communes) est compétent pour prendre en charge les funérailles et délègue l'organisation des funérailles à l'entreprise de PF ayant reçu mandat.

2. Réquisition judiciaire

L'obstacle médico-légal est indiqué par le médecin qui a constaté le décès. La réquisition est prise sur le fondement de l'art 74 du Code de procédure pénale. L'OPJ réquisitionne une entreprise (PC radio suit le planning de permanence) pour le transport du corps à IML ou à défaut (hors horaires ouverture) vers CF assurant la réception des défunts avant autopsie. La réquisition est rédigée par l'OPJ, nécessaire pour la CF

But des réquisitions: permet dans le cadre des investigations de déterminer les causes du décès. Seul l'OPJ en charge de l'enquête ou de permanence lors de la constatation du décès est compétent pour réaliser les réquisitions (après information obligatoire auprès du parquet et du Procureur de la République).

Organisation des funérailles : L'autopsie réalisée et les causes du décès déterminées, le parquet établit un permis d'inhumer considérant que la famille peut récupérer le corps du défunt. Les funérailles peuvent être organisées. Attention : une restriction (interdiction de sortie du territoire du corps ou crémation) peut être indiquée d'où nécessité de bien prendre connaissance de ce document avant la délivrance de tout autre.

Si la famille organise les funérailles: les frais de transport du corps et de dépôt en chambre funéraire sont pris en charge par le parquet.

Si la famille ne se manifeste pas ou n'a pas été retrouvée dans le délai de 6 jours après le décès: le dossier est transmis par l'OPJ à la DDC qui mandatera l'entreprise de pompes funèbres : le Pôle Funéraire Public à Lyon ou Villeurbanne pour organiser les funérailles.

Cas de personnes dépourvues de ressources

Si la famille souhaite organiser les funérailles mais n'a pas les ressources nécessaires :

Prise en charge des frais par la Ville de Lyon (que le décès soit dû à une mort naturelle ou obstacle médico-légal) :

- Transport de corps (avant et après mise en bière)
- Frais Chambre Funéraire
- Serrurier / Médecin le cas échéant pour le certificat de décès
- Organisation des funérailles

La famille devra fournir le justificatif d'absence de ressources (dernier relevé d'imposition, relevé CAF) pour le défunt ou les obligés alimentaires.

Important : Selon l'article 205 du Code Civil, entrent dans le cadre de l'obligation alimentaire pour le règlement des frais de funérailles, l'époux, les descendants et ascendants directs.

Lexique des abréviations

- CGCT: Code Général des Collectivités Territoriales
- CC: Code Civil
- VDL: Ville de Lyon
- DDC: Direction des Cimetières
- OPJ: Officier de Police Judiciaire
- CF: Chambre Funéraire
- PF: Pompes Funèbres
- TI: Tribunal d'Instance
- IML: Institut Médico-Légal

Analyse de la pratique après la mort d'un homme ou d'une femme de la rue : pour un enterrement psychique dans le grand temps.

Jean Furtos, Psychiatre, Directeur scientifique honoraire de l'Orspere-Samdarra, Lyon

Bonjour à tous. Je suis un clinicien, et c'est en tant que tel que je vais parler aujourd'hui de la mort. Je ne connais pas la mort directement, je ne l'ai jamais vue, à titre personnel, jusqu'à son terme. On peut voir des gens heureux, on ne voit jamais le bonheur. On peut voir des gens qui meurent, avoir peur de mourir, on ne voit jamais la mort. La mort est un concept, c'est une manière de penser le phénomène de rupture, de séparation, de désintégration, de renaissance, mais « la mort » ça n'existe pas. Ce qui existe, ce sont les morts, la peur de la mort, l'idée de la mort et le mourir.

Comme le Dr. Halima Zeroug-Vial l'a dit, il est important de parler de ceux qu'on a aimés quand on les a perdus. Il ne s'agit pas seulement d'un proche, d'une personne de notre famille, mais il peut aussi s'agir d'un patient ou d'un usager pour lequel on a eu le souhait d'un meilleur destin.

L'expérience m'a montré que lorsque l'on refuse de voir en face un sujet qui est mort, de façon violente ou non, c'est-à-dire d'en parler, il nous poursuit comme un fantôme. Une personne – professionnelle ou non - qui se blinde par rapport à ce qu'elle ressent devient cynique, technique, devient ce que j'ai appelé auto-exclue. Nous, thérapeutes, travailleurs sociaux, avons donc grand intérêt « à enterrer nos morts ». Pas seulement par les rituels si importants des obsèques : il est aussi important d'enterrer psychiquement nos morts. Comment faire ?

Il y a 25 ans, j'ai été embauché par « Relais SOS », une association qui intervenait auprès de personnes à la rue. Cette association m'avait embauché pour faire de l'analyse de la pratique une fois par semaine. Alors qu'au départ, nous n'avions pas convenu de parler d'une personne qui venait de mourir, dès les premières séances, les travailleurs sociaux se sont mis à me parler de toutes les morts qu'ils avaient connues. Il y avait à la fois un sentiment d'impuissance, de violence, de culpabilité, de tristesse et d'amitié. Lorsque qu'une personne que l'on a accompagnée, sur le plan thérapeutique ou social, meurt, il est très important de parler de ce qu'il s'est passé avant la mort, au moment de la mort, et de ce qui se passe après la mort.

La question des funérailles était également très souvent abordée. A travers la question des funérailles, c'est la question du respect dû aux morts qu'on aborde, qui est un invariant des civilisations, mais qui est difficile à mettre en œuvre quand on a à faire à des personnes qui n'ont plus de familles depuis longtemps, qui sont qualifiées d'exclues, ou qui sont dans un processus d'exclusion. Comment peut-on intégrer dans la communauté des vivants et de morts des personnes qui sont en situation d'exclusion ?

Il y a plusieurs années, nous suivions en CMP, une infirmière et moi, un jeune schizophrène qui vivait seul dans un foyer Sonacotra et qui était venu nous voir parce qu'il voulait se pendre. Nous l'avons suivi pendant 2 ans, puis il s'est pendu malheureusement. Nous n'avons pas pu l'empêcher. Nous avons été à son enterrement, qui était une crémation, et nous avons été très étonnés de voir 80 à 100 personnes présentes. Il y avait de la famille dont on ignorait l'existence, des anciens amis, mais également l'adjoint au maire de Bron, et beaucoup de travailleurs sociaux. Tous les réseaux qu'il avait utilisés et qui se souvenaient de lui étaient présents. Face à ces personnes qui sont apparemment seules, ou qui vivent dans ce que j'ai en effet appelé le syndrome d'auto-exclusion, les équipes se mettent en position « parentale », elles « accompagnent jusqu'au bout ». Pendant sa vie, ce jeune homme tenait à distance, en quelque sorte, ceux qui étaient proche de lui, c'est le phénomène de rupture de lien si fréquent dans l'exclusion, justement : l'auto exclusion. Mais à la mort, ce phénomène s'arrête, et les proches reviennent s'ils sont informés du décès, et l'on est bien surpris : non, il n'était pas seul, il s'isolait activement.

D'une façon générale, toutes les équipes avec qui nous avons travaillé nous ont expliqué à quel point la question de la mort faisait violence, notamment à travers la question de la responsabilité : « c'est la faute des accompagnants qui n'ont pas fait leur devoir », « c'est la faute des médecins », « de la société ». Lorsqu'il y a une mort, celle-ci est considérée pratiquement comme un attentat. La mort fait donc violence à ceux qui restent vivants. La mort fait violence et on prend le temps avec les usagers, les compagnons des morts, avec les équipes, de parler de ce qui s'est passé, des événements qui sont racontés comme des événements traumatiques : « il est mort comme ça, dans sa chambre, sur un banc... ». Mais il y a un moment où il est possible d'être dans un moment de paix. Comment l'avons-nous observé ?

En 2002, la FNARS a commandé à l'Orspere une recherche que nous avons menée avec Valérie Colin, qui portait sur la mort des personnes à la rue. Dans le cadre de cette recherche, nous avons demandé à des professionnels de structures d'hébergement d'urgence de nous appeler lorsqu'un des usagers qu'ils accompagnaient mourrait¹². Nous faisons ce que nous avons appelé une « autopsie psychologique ». C'est-à-dire que nous parlions avec l'équipe de la vie de la personne. Nous avons intitulé cette recherche « Accompagner jusqu'au bout », parce que les équipes de professionnels nous disaient qu'elles l'avaient accompagné jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort. Dans ces groupes de parole, en fin d'entretien groupal, nous avons observé des moments de silence. Il ne s'agissait pas d'un silence vide, d'un silence où l'on est gêné, d'une « silence de mort », comme on dit, mais d'un silence de plénitude, un silence apaisé. Ce que j'ai compris après coup, c'est que ces silences étaient une manière d'enterrer psychiquement le mort dans la communauté des vivants et des morts. Il n'est pas évident d'enterrer psychiquement. Faire

¹² Cliquer sur ce lien pour consulter le document, disponible sur le [site internet de l'Orspere-Samdarra](#).

son deuil, c'est se couper du corps, se couper de sa culpabilité ou de sa colère, et inclure la personne décédée, que ce soit sa famille, un homme ou une femme que l'on a suivi ou accompagné, dans la communauté des vivants et des morts. On vit alors avec le souvenir vivant de cette personne, qui n'est plus un fantôme. C'est la communauté des vivants et des morts, psychique et spirituelle ; que cette spiritualité soit religieuse ou laïque, pour moi, c'est un fait solide de l'expérience.

En pratique, lorsque je vais discuter avec les compagnons d'un homme ou d'une femme décédé(e) dans un lieu social, avec les personnes qui l'ont accompagné, je prends toujours le temps d'aller jusqu'au point où l'on va parler de cet homme dans ce qu'il avait de bien, ce que l'on peut garder spirituellement dans la communauté des vivants ou des morts, pour vivre en paix avec nos morts. Si l'on reste dans le reproche, la haine, la colère, ce qu'on appelle le processus de deuil ne peut se réaliser, c'est-à-dire qu'on ne peut pas abandonner le corps, être en paix, ou, autrement dit, on ne peut pas intégrer le défunt dans la communauté des vivants et des morts.

Je vais vous parler d'une analyse de la pratique récente. La directrice d'une grande association lyonnaise me contacte un jour par mail pour me parler de plusieurs situations catastrophiques survenues dans leur structure suite au décès d'un usager. Un homme de 70 ans, un grand vieillard pour une personne à la rue, décédé apparemment d'un meurtre, avait été trouvé sur les WC, le visage ensanglanté. Son corps a été ensuite amené à l'institut médico-légal. On pensait qu'il s'agissait d'un meurtre, d'une mort possiblement par violence. Suite à ce décès, pendant 1 mois, toutes les semaines, il y avait eu des situations violentes au sein de la structure : un jeune SDF avait agressé un vieux SDF, un homme s'était levé la nuit pour mettre le feu au dortoir puis s'était recouché comme si de rien n'était, etc... Suite à l'autopsie, il a été prouvé que le premier homme retrouvé mort le matin sur les WC n'avait pas été assassiné, bien que la presse ait dit l'inverse. En réalité, cet homme s'était levé pendant la nuit car il s'était senti mal, et était tombé par terre. Ce qui s'est passé au sein de la structure suite à ce décès, c'est l'installation d'un climat de violence qui s'est diffusée aux autres, et a entraîné une violence très forte allant jusqu'à l'hospitalisation sous contrainte d'un des usagers. Je leur ai conseillé de faire des obsèques collectivement investies pour cet homme décédé, lorsque son corps reviendrait de l'institut médico-légal. Cet homme était d'une grande ville extérieure à Lyon, et dans le testament qu'il avait fait, il avait refusé d'y être enterré avec sa famille (rupture de liens, encore). Cet homme a donc été enterré dans le carré de cette association, et j'ai conseillé à ses camarades et aux travailleurs sociaux de faire un petit discours, d'autant plus qu'il s'agissait d'un poète. Je leur ai dit de lire des poésies écrites par cet homme pour qu'il soit enterré dans la communauté des vivants et des morts, sinon, il resterait un fantôme et la violence risquait de continuer de circuler.

Pour terminer, je vous dirai que lorsque nous sommes enterrés dans la communauté des vivants et des morts, nous sommes enterrés dans le grand temps. Il y a trois temps :

- *Le temps chronos*, auquel nous sommes tous soumis, qui s'étend de la naissance jusqu'à la mort, c'est le temps qui « bouffe » ses enfants. Les institutions sont soumises au temps chronos, les pays aussi peuvent vivre et mourir.
- *Le kairos*, c'est le temps de la rencontre, extraordinaire, ou banale. Une rencontre amoureuse, amicale, ou encore cette rencontre que l'on fait dans le lien de l'accompagnement social, dans le lien thérapeutique, dans la rue, avec une œuvre d'art, avec la nature. C'est un lien fort et intense où la question de la mort ne se pose pas, et c'est par cette rencontre avec la beauté ou avec autrui que l'on rentre dans le grand temps, ce qui constitue une nouvelle naissance, une naissance à l'esprit dans son sens spirituel.
- *Le Grand Temps*, justement : on sait par expérience qu'il y a des gens avant nous, avec nous et après nous. Nous vivons dans ce grand temps, que certains appellent l'éternité, qui est le sentiment naturel qui se manifeste lorsque nous vivons des choses intenses et paisibles, dans le kairos, quelquefois après un moment d'horreur. C'est dans ce grand temps que l'on rentre lorsque l'on fait silence après pris le temps de bien parler d'un mort. Les rituels de deuil et les obsèques sont faits pour que nous enterrions nos morts dans le grand temps, pour vivre avec eux, *chacun à sa place*. On y trouve une paix profonde qui nous permet de revenir dans le temps chronos, apaisés.

∞ Deuxième table ronde : « Soulager, faire taire, transformer la souffrance : les enjeux de l'accompagnement autour de la fin de vie »

Introduction de la table ronde, Anne-Sophie Haeringer

Anne-Sophie Haeringer, Sociologue, Centre de Sociologie de l'innovation, CSI-i3, Paris

Avec la première table ronde nous avons commencé à glisser vers le sujet de cette seconde table ronde qui porte plus spécifiquement sur la manière dont les professionnels négocient cette épreuve du « faire avec la mort ». Qu'est-ce que la mort de ceux qu'on accompagne, qu'ils soient patients, usagers d'un service, fait à la pratique soignante et à ceux qui les accompagnent. Pour traiter cette question nous allons avoir deux interventions.

La première s'intéressera à la fin de vie et à la manière dont la médecine palliative peut être comprise comme une réponse à cette épreuve que constitue la fin de vie pour les soignants : que peut la médecine quand il n'est plus question de guérir, qu'il n'est plus question vraiment de maladie, en tout cas de maladie à guérir, puisque, en soins palliatifs, il n'y a plus de maladie à guérir ?

Cette communication va nous être proposée par deux membres de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de la Croix-Rousse. Myriam Legenne qui est médecin, et Florence Meilland qui est psychologue.

La seconde intervention sera proposée par Jean-Louis Terra qui est professeur de psychiatrie à l'Université Lyon 1, chef de service à l'équipe psy mobile, centre de prévention suicide à l'hôpital du Vinatier à Lyon, et membre de l'Observatoire National du Suicide.

Cette intervention nous donnera l'occasion d'interroger une autre épreuve, celle du suicide ou de ses tentatives et de leur prévention. La mort n'est ici plus nécessairement indexée à un temps - celui de la fin de vie -, mais est davantage indexée à un risque puisqu'on peut parler de « conduites à risque ». Et c'est parce que le suicide peut être pensé en termes de « risque » que se pose la question de sa prévention, qu'il est possible de mettre en œuvre des dispositifs de prévention.

Ceci me permet de suggérer un deuxième lieu de rencontre possible entre ces deux interventions : celui de la temporalité, parce qu'il me semble que dans un cas comme dans l'autre, on a affaire à des médecines qui sont confrontées à la question de l'anticipation. Dans le cas de la fin de vie et de la médecine palliative, on sait que le temps est compté puisque la fin est très proche, qu'elle se compte en quelques semaines parfois, voire en

quelques jours. Le pronostic vital est engagé à très court terme et c'est précisément cette contrainte – la mort attendue à très court terme – qui oblige à redimensionner l'accompagnement et le soin. La mort est donc anticipée, en quelque sorte, elle est attendue, sans pour autant – et c'est là tout l'enjeu et le défi de la pratique palliative –, que la dégradation de la personne en fin de vie ne soit appréhendée de manière téléologique. Les soins palliatifs prêtent grande attention à ce que la fin n'oriente pas tout le temps qui reste à vivre : il ne faudrait pas, d'une certaine façon, que le mort ne saisisse le vif.

Avec la seconde intervention, la question de l'anticipation est également présente mais un peu différemment puisqu'elle se dit ou se décline sur le mode de la « prévention », puisque dans le cas du suicide, la mort n'est pas une issue certaine et inéluctable, d'où cette possibilité de la prévenir. Et c'est bien parce qu'elle n'est pas encore inéluctable à ce moment-là que quand elle advient par le suicide, elle frappe ou sidère les professionnels et les proches.

Du soin au prendre soin : la réalité du sujet, Florence Meilland et Myriam Legenne

Florence Meilland, Psychologue, Equipe mobile de soins palliatifs, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Myriam Legenne, Médecin, Equipe mobile de soins palliatifs, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon

Lorsque pointe la mort d'autrui, lorsqu'elle est envisagée, tout soignant va se trouver confronté à la question de ses propres limites. Il nous est demandé de cheminer un long temps avant d'oser regarder la finitude de la vie humaine. Et peut-être qu'accepter sereinement la mort d'autrui, ou tout au moins sans culpabilité, relève parfois de l'impossible. Mort à laquelle la personne n'aura pu échapper, et dont nous n'aurons pu le sauver. Pour l'idéal soignant où le soin et la technique devraient garantir une vie sans heurt, sans bruit, sans odeur, sans blessure, sans souffrance, sans cicatrice, sans douleur, sans deuil ... (sans vie !), que faire de cette brèche que la mort continue inlassablement à faire dans notre réalité humaine et dans notre pratique ? Comment mettre du sens lorsque tout échappe, lorsque le réel s'impose si bruyant et si douloureux ? Y-a-t-il encore une place pour le plaisir, le partage, la vie simple ?

C'est de cela que nous pourrions vous parler, de notre pratique en soins palliatifs où nous nous laissons guider par la personne malade, en fin de vie, pour ajuster notre pas au rythme du sien¹³.

Nous vous présenterons tout d'abord un rapide historique de l'émergence des soins palliatifs dans le paysage médical français et son évolution. Nous verrons ensuite les enjeux de cette discipline qui nous entraîne du soin vers le prendre soin, du suivi vers un accompagnement particulier, sans cesse à inventer, à questionner, pour permettre l'émergence des désirs profonds de la personne en composant avec le réel de tout ce qui fait sa vie et celui des professionnels. Nous serons amenés enfin à voir comment rester soignant lorsque la maladie nous dit, et parfois de manière criante, que nous ne pouvons plus rien *faire* et qu'il nous faut ouvrir d'autres chemins.

¹³ « *Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas.* » Patrick Verspieren : *Face à celui qui meurt*, Paris, Desclée de Brouwer, 1984, p.183.

Tracé historique

Naissance des soins palliatifs : d'un constat à la mise en œuvre

Pendant des siècles, la médecine a dû se contenter d'être une médecine essentiellement palliative avec cet adage d'Hippocrate : "guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours". Puis des progrès étonnants ont été réalisés, permettant aujourd'hui de guérir et de sauver des vies humaines, plus que jamais. Mais l'incurabilité et la mortalité demeurent, liées à beaucoup de pathologies, certes considérées comme « chroniques », mais évolutives avec lesquelles le patient, ses proches et toute la société, composent et s'adaptent tant bien que mal : cancers, maladies neuro-dégénératives, infection par le VIH, insuffisance d'organes (rénale, cardiaque, hépatique, respiratoire) ... C'est dans cette brèche de l'incurabilité que s'invitent, toujours en proposant et sans jamais forcer, les soins palliatifs.

« *Accompagner et soigner ensemble* », 3 mots choisis par Maurice Abiven pour lancer la création de la société française de soins palliatifs (SFAP) en 1989.

- **Accompagner** : être là, aux côtés, ni trop loin ni à la place de. Ne pas désertier et témoigner d'une sollicitude qui respecte jusqu'au bout l'humanité de la personne. Cela implique de passer du temps avec la personne, les proches, les soignants, et d'engager un nécessaire travail sur soi.
- **Soigner** : les soins se poursuivent et s'affinent dans un prendre soin qui se réclame davantage de la cohérence et du sens qui y est mis plus que du soin technique à tout prix, pour soulager et pour inventer, oser l'inattendu. Les compétences sont ainsi mises au service de la relation.
- **Ensemble** : les soins palliatifs n'existent que parce que d'autres leur font appel : le médecin, parfois le patient, ou les proches. Les soins palliatifs peuvent être effrayants, reflet et projection de toutes les angoisses de mort des patients comme des soignants. Par les rencontres qui tissent la confiance de jour en jour, d'année en année, la complémentarité de nos équipes peut naître. Puis peut se faire une certitude, sécurisante, apaisante : celle de ne pas abandonner l'autre aux moments les plus critiques, même si les limites évidentes de notre fonctionnement rendent parfois l'accompagnement moins bon qu'espéré.

Ainsi est née cette 3^{ème} voie entre l'obstination déraisonnable, reflet d'une volonté de sauver à tout prix, et l'euthanasie, pratiquée pour mettre fin à des souffrances jugées insupportables (par le patient mais aussi parfois par le médecin ou le soignant). C'est, comme le disait Jean Bernard, médecin et académicien (1907-2006), « ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie ». C'est « tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire » comme le Docteur Thérèse Vanier le soufflait aux débuts des soins palliatifs dans les années 1970 : permettre que la personne poursuive sa vie jusqu'à sa fin en la soulageant au mieux et en lui assurant de rester le sujet de sa vie jusqu'au bout.

Faire le pari du sujet, « *au total, c'est sauvegarder son sentiment de dignité, garant de l'estime de soi : il ne s'agit pas de rendre la dignité à une personne, puisqu'elle est intrinsèque et inaliénable, mais on peut tenter de sauvegarder le sentiment de dignité, que le sujet peut perdre dans certaines circonstances d'inconfort ou de solitude : c'est alors la relation avec l'autre, avec son regard, sa sollicitude, son empathie et bien sûr son expertise technique, qui devient fondatrice du sujet et de son sentiment de dignité* »¹⁴.

Les soins palliatifs ont été initiés dans les années 1950 par le Docteur Cicely Saunders, qui a mis en évidence chez les personnes malades le concept de « douleur totale » et pris en compte la souffrance physique, mais aussi la souffrance psychique, spirituelle, et socio familiale. L'intuition fondamentale de C. Saunders a été de regarder la personne dans sa globalité et dans « l'intégralité de ses besoins » tout en laissant à la famille du malade sa place irremplaçable auprès de lui.

Elisabeth KUBLER-ROSS a beaucoup travaillé sur la psychologie du patient en fin de vie et a permis de nourrir la compréhension de tels processus. En parallèle, des associations de bénévoles d'accompagnement ont vu le jour, permettant de garder le lien entre la personne en fin de vie et le reste de la société environnante, pour lui faire parvenir la vie en dehors du soin et permettre un regard qui ne soit pas orienté uniquement sur la maladie¹⁵.

La législation autour des soins palliatifs se développe à partir de 1992, jusqu'à la récente loi du 2 février 2016 dite « Leonettei Claeys » qui affermit le droit aux soins palliatifs - sous déployés -, et dans le même temps, crée un droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès dans certaines situations précises. Cette nouvelle loi, pour beaucoup de médecins et de soignants, est une étape de plus vers une dépénalisation de l'euthanasie et un recul des soins palliatifs, la demande parfois étant de vouloir aller plus loin dans la loi et moins loin dans la vie des maladies et dans le questionnement de fond que la mort et la fin de vie posent inévitablement. Avant le droit à la sédation, il faudrait s'assurer d'un droit effectif à des soins palliatifs et écouter réellement la demande des patients (ou écouter la demande réelle des patients).

Selon J. Leonetti : « *Attention à une société qui commencerait à dire quelle vie vaut la peine d'être vécue et qui en déciderait. On demande à la médecine de raccourcir ce temps, parce que c'est lourd pour tout le monde, qu'on ne peut plus payer, que les gens sont fatigués...* ». Les temps longs et lourds de la fin de vie sont mal perçus par une société centrée sur la performance, où la mort et la vulnérabilité sont taboues¹⁶.

¹⁴ C. Tannier : « distinguer la personne et le sujet : un impératif éthique dans les maladies neurologiques atteignant la conscience » in Jalmalv ? Fragilité des liens et confusion dans les maladies neurologiques, n°128, mars 2017, PUG

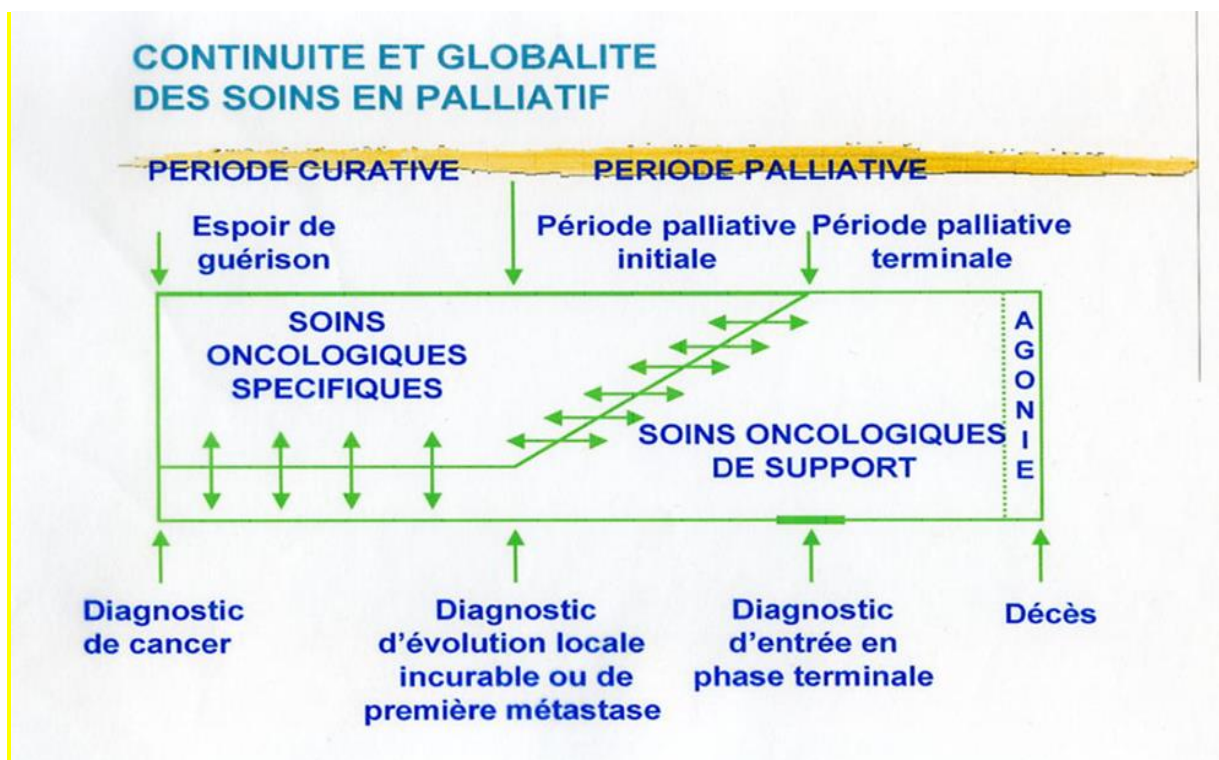
¹⁵ <http://asp-tarn.fr/doc/historique.pdf>

¹⁶ « Actes du congrès - Première rencontres francophones sur le répit » p. 33, disponible sur le lien http://www.france-repit.fr/wp-content/uploads/2015/03/ACTES-FINAL_CONGRES-REPIT-2014.pdf

En pratique :

Selon la définition de l'OMS de 2002 :

- Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance physique, et la prise en compte des souffrances psychologique, sociale et spirituelle qui lui sont liées.
- Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort
- Les soins palliatifs aident les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort.
- Les soins palliatifs peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie (...).



Aujourd'hui : qu'est-ce que c'est ?

Une culture qui bouge, qui se transforme au contact des autres :

- Une discipline qui s'est médicalisée à l'image de la fin de vie, de la mort, du deuil, avec le risque de trop médicaliser en cédant aux pressions multiples qui tendent à faire disparaître vite les signes de la fin de vie et de la mort, là où la présentation n'est parfois que naturelle. Avec l'opportunité aussi d'une diffusion plus grande de cette culture dans le monde du soin.
- Une discipline qui fait office d'aiguillon dans une culture du *cure*¹⁷, et qui rappelle la permanence de la mort à une médecine qui repousse ses limites et qui n'a de cesse de poser la question du sujet et du sens
- Un objet politique

Une façon de travailler :

- Un objet politique
- En équipe (mobile)
- Pluridisciplinarité : qui amène à penser la globalité de la personne
- Privilégier la qualité de vie au nombre de jours
- Une attention à la personne malade mais aussi à ses proches et aux équipes qui le suivent.

Contexte actuel :

- L'hôpital se morcèle, exige du résultat, de l'acte, du chiffre :
- Les évolutions légales récentes, fruits de souffrances en fin de vie notamment par les proches, sont vécues parfois comme de l'acharnement thérapeutique. On observe des situations dramatiques médiatisées ainsi qu'une valorisation du rentable et du rapide. Aujourd'hui, la vulnérabilité est perçue et vécue comme un problème, une épine, un obstacle.
- Regard anthropologique sur la mort :

Extrait de « Le désir de la bonne mort » Louis-Vincent Thomas : « (...) *Plus encore que la douleur, le moribond redoute cette solitude et cet abandon si fréquents dans les institutions où il meurt aujourd'hui.* »¹⁸

¹⁷ Cure en anglais signifiant guérir, par une thérapeutique

¹⁸ http://agora.qc.ca/thematiques/mort/documents/le_desir_de_la_bonne_mort_extraits

Présentation de Mr V : du soin au prendre soin, au rythme de son pas

Quelques mots sur Mr V :

Mr V est divorcé, a une fille et un petit fils. Il ne parle pas de son travail. M. V a eu une consommation éthylo-tabagique importante. Il vit au rez de chaussée d'un immeuble et sa mère vit au 2^{ème} étage. Lorsque nous faisons connaissance en hôpital de jour de chimiothérapie, il sort régulièrement dehors, fait ses courses. Sa mère l'aide également. Sur le plan du moral, il dit que c'est en dents de scie, mais ne se sent pas déprimé, ni angoissé. Monsieur V évoque sa sœur décédée il y a 4 ans d'un cancer du poumon, « comme lui » dit-il en souriant. Son frère vit à la Réunion. Il est en lien avec sa fille, qui a un fils de 14 mois. Leur relation distendue se fera plus proche au fil de la maladie. On saura peu de temps avant son décès que Mr V a informé tardivement sa fille de la gravité de sa maladie.

Histoire de la maladie :

Un cancer pharyngé est diagnostiqué en février 2016, refus d'une chirurgie lourde, mais acceptation d'un traitement par chimiothérapie. L'aggravation de la maladie conduira à une hospitalisation début juin de Mr V. Il restera à l'hôpital jusqu'à son décès en juillet 2016. Notre équipe a commencé à le rencontrer au mois de mai pour une prise en charge de la douleur.

Ecouter le désir de l'autre, apprendre à le connaître dans ce qu'il nous laisse apprivoiser

- Du côté du Patient :

Le lien avec l'hôpital s'est fait brutalement nécessaire, avec la nécessité d'une trachéotomie en urgence pour une dyspnée¹⁹ laryngée, un mois après la découverte du cancer. Il avait par la suite refusé le traitement chirurgical. Tenant compte de ce choix, une alternative thérapeutique lui a été proposée pour de la chimiothérapie, efficace un temps, puis de la radiothérapie. Mr V a de nouveau été hospitalisé pour une altération de son état, des douleurs plus importantes, un repli sur lui-même. Mr V qui refusait initialement toute idée d'hospitalisation a volontiers accepté cette dernière. Il a pris le temps au fil de la maladie d'apprivoiser le personnel médical et soignant, de tisser la relation avec eux de façon moins abrupte que ne l'avait imposé la maladie, pas à pas.

Une fois hospitalisé, Mr V continue à donner sa parole, à exprimer sa pensée et ses désirs, respectés. Du fait de l'aggravation de la maladie, des saignements vont survenir régulièrement, source d'angoisses importantes pour Mr V. Nous lui expliquons la possibilité d'être endormi transitoirement lors de ces épisodes de saignements qui le paniquent pour ne pas les voir ni ressentir l'angoisse que cela lui fait traverser, après échec

19 Essoufflement brutal pouvant aller jusqu'à l'asphyxie

des anxiolytiques habituels. Mr V accepte volontiers et est plus serein, mais tient à rester conscient et bien réveillé le reste du temps.

- Du côté des Soignants :

Il y a une marche exigeante pour trouver l'équilibre entre l'acceptation des choix de Mr V et l'indignation de son refus de certains soins comme la chirurgie qui l'aurait épargné ainsi que ceux qui l'entourent de la présentation de l'extension du cancer. Même si cette acceptation est en contradiction avec l'idéal de soin des soignants de ce service.

- Du côté de Nous-mêmes :

Pour accompagner Mr V, il faut construire la confiance avec lui. Soutenir l'équipe soignante et médicale nécessite de se dégager des questions de guérison, de vie/mort ; et de trouver du sens là où tout nous semble perdu, dans les petites choses du quotidien

- Du côté de la Famille :

La mère pouvant dire son incapacité à entendre la mort prochaine de son fils ; la fille découvrant peu à peu, par son père et les soignants, la gravité de la maladie, et se rapprochant de lui, comprenant le sens des soins qui lui sont donnés et désirant que les souhaits de son père soient respectés au mieux.

Accueillir l'impuissance, et regarder le possible qui permet une contenance et un soutien pour mettre en forme son désir

- Du côté des Soignants :

Nous constatons un sentiment d'échec ressenti par les soignants exprimé à plusieurs reprises « on a échoué à le soigner : on n'en voit plus des tumeurs comme ça aujourd'hui ! ». Peu à peu le sentiment d'échec chemine vers un sentiment de bienfaisance envers Mr V dans le respect de son autonomie et de ses désirs.

- Du côté de notre équipe :

Les propositions réitérées à Mr V d'être accueilli dans une unité de soins palliatifs sont refusées à chaque fois.

Il y a donc un équilibre à tenir entre le désir du patient, l'équipe soignante éprouvée dans ce qui était donné à voir de l'altération corporelle de Mr V et le désir de notre équipe de pouvoir lui offrir le « meilleur » : celui de Mr V n'est pas celui que nous imaginions ... comme souvent ! L'EMSP fait tiers dans la relation de soin, soutient l'équipe afin de tenir, accepter l'impuissance, le déploiement de manifestations qui pourraient générer du rejet (refus de soin, tumeur apparente, odeur...). Le fait de proposer un ailleurs possible pour accueillir Mr

V permet également à l'équipe de retrouver une meilleure distance et tenir une temporalité pour mieux se centrer sur le présent.

Reconnaître nos propres limites en tant que soignants et soutenir les relais pris entre soignants

Selon Hélène Viennet : « *Accompagner quelqu'un c'est aussi être assailli par des pensées très noires, violentes, agressives, qu'on refoule beaucoup et qu'on ne peut partager avec personne parce que c'est extrêmement tabou. Or, ce n'est pas grave de nommer ; ce qui est grave, c'est de ne pas pouvoir reconnaître ce par quoi on est traversé et qui pourrait avoir des conséquences dramatiques* »²⁰.

Il s'agissait donc de percevoir ces pensées « très noires » qui pouvaient habiter ou effleurer certains soignants ou médecins, les accueillir, les mettre en mots ; d'accueillir ces mouvements humains. Les propos des soignants permettent de résister, contenir l'horreur de la situation, et d'éviter un passage à l'acte, quel qu'il soit. Les soignants se connaissaient assez pour se dire leur impossibilité et se relayaient pour prendre soin de Mr V.

Inquiétante étrangeté / destruction

« *L'inquiétante étrangeté, c'est quand l'intime surgit comme étranger, inconnu, autre absolu, au point d'en être effrayant* » (Menes, 2004, à propos de l'article de Freud)²¹.

Mr V se promenait parfois dans les couloirs du service ou dehors sans cacher la tumeur. D'autres jours, il demandait à ce qu'un pansement soit réalisé pour ne pas la montrer, notamment quand sa mère venait.

« *L'étrangement inquiétant serait quelque chose qui aurait dû rester dans l'ombre et qui en est sorti. [...] ce qui paraît le plus haut point d'étrangement inquiétant à beaucoup de personnes est ce qui se rattache à la mort, aux cadavres...* » (Freud, 1919)²².

Tous les sens étaient sollicités. Était-ce pour Mr V un moyen de sortir du tréfonds l'angoisse intérieure ? Ou pour tester les capacités d'autrui à rester devant lui sans fuir et à maintenir le regard ? Pour se voir ou se savoir humain malgré la déformation ? Est-ce la question de la destructivité interne (alcoolisme, tabagisme, ruptures des liens sociaux) enfin visible, mise à l'extérieur ?

Un moyen de faire vivre à l'autre le miroir d'une inquiétante étrangeté, un vécu interne inimaginable, informe, un regard deshumanisant de soi mais ici porté, accueilli par le regard des soignants dans la bienveillance.

20 « Actes du congrès - Première rencontres francophones sur le répit », disponible sur le lien http://www.france-repit.fr/wp-content/uploads/2015/03/ACTES-FINAL_CONGRES-REPIT-2014.pdf

21 M.Menès : L'inquiétante étrangeté, « La lettre de l'enfance et de l'adolescence », ERES, 2004/2 n° 56, pp 21- 24

22 S.Freud : l'inquiétante étrangeté, 1919.

La question du lien social qui s'étoffe, se crée, se nourrit et existe.

Un matin, lors de soins, une émission culinaire était diffusée à la télévision. Mr V et l'infirmière qui faisait les soins se sont mis à échanger sur les recettes de cuisine, à prendre un réel plaisir à parler de leurs goûts et de leurs talents, sans occulter la réalité (Mr V ne pouvait plus manger) mais en ne s'y réduisant pas. L'infirmière avait su accueillir la vie là où elle se donnait sans réserve, même si la situation lui semblait "décalée". Les soignants percevaient peu à peu la personnalité de Mr V qui s'était laissé découvrir et approcher au fil des semaines, permettant à la confiance de se créer, de s'étoffer, d'être nourrie de leurs échanges de chaque jour. N'est-ce pas là le moyen de rêver ensemble ? Et de soutenir que l'important n'est pas la réalisation du désir, mais de rester un être vivant, un sujet donc désirant.

Limites de l'obstination raisonnable/déraisonnable, sans être abandonnique : proposer à Mr V du prendre soin plus qu'une prise en charge.

Après quelques semaines d'hospitalisation et à un moment où la tumeur prenait beaucoup de place et était visible, les chirurgiens ont reproposé à Mr V une chirurgie dite de « propreté ». Celle-ci n'a finalement pas été réalisée. Mr V l'avait acceptée en « s'en remettant aux mains des médecins » disait-il. Comme si son déraisonnable avait pris place pour un raisonnable au regard de la situation nouvelle, de cette tumeur qui avait surgi, trop visible, et probablement aussi au regard de la transformation des liens et de la confiance que Mr V avait pu établir avec tous ceux qui prenaient soin de lui. Tout cela prenait un autre sens. Il s'en remettait aux médecins dans la confiance et dans la mesure où sa parole et son désir seraient entendus. Dans cette proposition éperdue (voire insensée) de cette ultime chirurgie, Mr V a peut-être vu le signe d'un non abandon, d'un respect profond de son identité, qui ne pouvait être réduite à celle d'un malade défiguré. Selon Tanguy Chatel, la maladie altère, au sens de « rendre autre », à la fois le patient et son proche, mais aussi la relation qu'ils ont l'un avec l'autre.

Un départ sur la pointe des pieds

Oscillant sur le fil tendu du patient tenu par sa réalité, sa vie, ses désirs, son quotidien, les liens tissés dans le service, nous voyons que les assises (les soignants, les médecins) se fragilisent, que l'équilibre devient plus précaire. Paradoxe ressenti par certains "entre l'idée – de l'extérieur - qu'il vaudrait mieux ne pas vivre que de vivre cela et celle – de l'intérieur - que ces vies valent la peine d'être vécues, même si elles sont fragiles, vulnérables, douloureuses pour la personne et son entourage"²³. Autour de Mr V, à ses côtés, sa mère, sa fille, qui voient la réalité, comprennent les enjeux, et demandent à ce que tout soit fait

23 « Actes du congrès - Première rencontres francophones sur le répit » p. 34, disponible sur le lien http://www.france-repit.fr/wp-content/uploads/2015/03/ACTES-FINAL_CONGRES-REPIT-2014.pdf

pour respecter le désir de Mr V : rester le plus conscient possible et dans le service jusqu'au bout. Un vendredi, nous prévoyons pour le lundi suivant une rencontre avec tous les professionnels qui prennent soin de Mr V et parler de ce qui devient pour certains insupportable, voir comment ajuster la prise en soin. Il n'y aura pas eu besoin de se retrouver pour réfléchir au possible et au supportable pour chacun et pour trouver une solution qui soit acceptable pour tous. Le dimanche, Mr V s'en est allé, sur la pointe des pieds.

« A l'origine, il y a l'émotion éprouvée devant certains visages et le sentiment d'une énigme contenue là, à portée de la main et du regard, et pourtant insaisissable : toute la fragilité et la force de la condition humaine. »

Le Breton D. « Des visages »²⁴

²⁴ David Le Breton : Des visages: essai d'anthropologie, Éditions Métailié, 2003.

Lutter contre la souffrance pour survivre : donner une chance de plus à la vie

Jean-Louis Terra, Professeur de psychiatrie, Université Claude Bernard Lyon I, Chef de service, Equipe psy mobile, Centre de prévention suicide, CH le Vinatier, Membre de l'observatoire national du suicide, Lyon

Merci d'abord aux organisateurs et Halima Zeroug-Vial de penser non pas seulement au suicide, mais à sa prévention. Il est difficile d'être dans le fil conducteur de cette journée, sauf peut-être de faire l'éloge de la résistance à la mort.

Je vous propose trois sujets : le premier c'est celui de l'intention pré suicidaire, vous verrez au centre de prévention suicide, nous sommes très contrariants avec les personnes. Nous nous opposons au suicide, nous embêtons les personnes, nous les harcelons, nous faisons de la psycho mobilité, nous sommes très embêtants, nous sommes très contrariants.

Deuxièmement, la question du deuil après suicide, qui permet peut être de reparler du « grand temps » évoqué par Jean Furtos, mais un « grand temps » d'une mort intentionnelle, ce qui est particulier.

Et enfin, je souhaiterais parler de la question de l'euthanasie qui se développe notamment en Suisse et qui, selon moi, est un poison total à la prévention du suicide.

L'intention pré suicidaire

Depuis 2001, le centre de prévention suicide fait des formations, où nous essayons de développer une position contrariante. Nous sommes un peu ambassadeurs de la vie, pour parler aux personnes qui n'en peuvent plus et pour lesquelles la mort est un moyen pour arrêter leur souffrance. J'insiste fortement, l'objectif pour ces personnes ce n'est pas de mourir, l'objectif c'est de ne plus souffrir. La preuve, il suffit qu'ils diminuent leur souffrance de quelques millimètres pour empêcher le suicide. La plupart des personnes appellent au dernier moment.

Je me rappelle d'un monsieur qui était en prison et qui avait tenté de se suicider qui me disait : « Vous savez je me suis vu. Je ne m'occupais plus de mon entreprise, j'étais seul, perdu, je ne dormais pas, j'avais des pensées que je ne pouvais plus avoir. Au bout de 15 jours où j'étais dans cet état, ma femme m'appelle et me demande de garder notre petit garçon. Il était pas bien, il avait de la fièvre, j'en pouvais plus, on n'en pouvait plus tous les deux, je suis descendu, je suis remonté dans sa chambre, j'ai tiré dans l'enfant, j'ai tiré dans le chien, et puis la balle est sortie oblique de ma tête. » C'était un monsieur simple, ordinaire, innocent, en prison. Monsieur simple qu'on peut croiser partout. Il est important de savoir que les gens peuvent changer d'avis. C'est ce qui légitime notre action. Si les gens

ne changeaient pas d'avis comme ce monsieur, on ne ferait rien. Mais c'est parce que les gens changent d'avis à chaque instant, que les gens chez qui nous allons au domicile blindent leur fenêtre avec des buffets pour ne pas sauter que notre action est légitime. Certains jettent les comprimés, cachent les clés de voiture, donnent des ordres à la police pour dire « je ne suis pas en sécurité ». J'insiste, c'est un long combat.

Donc au centre de prévention suicide, nous avons très peu d'intérêt pour le suicide, le suicide est inintéressant au possible, il ne m'intéresse pas du tout. En revanche, je suis passionné par la prévention. Donc nous nous intéressons à la souffrance qui conduit à de telles pensées.

Nous sommes inégaux face à la souffrance. La souffrance psychique est immensément variable, et ça c'est constant.... En France, le nombre de morts par suicide, c'est 1 décès sur 60. Quand je vois une salle comme ça je m'inquiète. On a fait des progrès, le taux de suicide diminue depuis 1986 et il n'a jamais été au plus bas en 2014 : 8879 personnes mortes par suicide en France. Hélas, ce sont les jeunes et les personnes âgées qui sont le plus concernés.

La mort n'est donc pas le but mais un moyen. C'est un décès intentionnel. Certaines personnes vous aident à les aider, d'autres ne vous aident pas à les aider. Il y a donc deux types de patients : ceux qui trouvent des solutions à leur problème, ceux qui trouvent des problèmes à leur solution.

Quelle est notre tâche pour ces personnes qui sont en souffrance ?

D'abord, nous sommes sur des micro-temps : « quelle est la pire pensée que vous ayez eu cette nuit ? » « Quel est le pire geste que vous ayez pu entreprendre ? ». Au cours de mes entretiens, je m'intéresse aux œuvres récentes, pour anticiper celles qui viennent. Nous ne sommes pas payés pour précipiter l'avenir, mais pour anticiper le futur. Le passé est un moyen pour anticiper le futur. Un tiers de l'entretien peut être dédié au futur : « Quand vous sortez d'ici qu'allez-vous penser ? » « Qui allez-vous voir ? ». « Est-ce que cette nuit à 3h15 il y aura encore la rémanence de notre entretien ? ». Serons-nous [soignants] encore présents dans la tête de la personne alors qu'elle est au fond des ténèbres ? C'est le seul enjeu de l'entretien. Nous sommes des agents de l'avenir, nous devons poser des paratonnerres lumineux sous les pieds des personnes qui vont mal. Ce sont de petites choses, mais ce sont des pas lumineux. Il faut donc un bon sécateur pour débroussailler l'avenir. C'est ça l'intervention pour aider des personnes dont la psyché est exclue du corps. Je simplifie : certaines personnes s'auto excluent, c'est-à-dire que leur psyché est exclue du corps, ou, autrement dit, elles se sont foutues à la porte. Ces personnes auto exclues, cherchent un « abri », à tout prix. Mais quelques fois ces personnes ne veulent pas quitter la vie, mais elles veulent plutôt dormir. On le voit beaucoup en prison par exemple, où je passe de temps en temps, les gens se cachent pour s'endormir, ils se mettent

au congélateur. Il y a donc les idées, les intentions, et il y a la mise en œuvre. Et enfin il y a aussi les idées qui retiennent. L'autre jour un monsieur voulait sauter d'un pont et je lui demande « qu'est-ce qui vous a empêché monsieur ? » « Une araignée, j'ai vu une araignée, ça m'a surpris, distrait, je suis rentré chez moi. »

La question du deuil après un décès par suicide.

Quelques fois nous n'arrivons pas à retenir les personnes, et donc, elles décèdent.

Une de mes patients m'a dit, 17 ans après la mort de son fils :

- « je commence à comprendre d'où ça vient ».
- Je lui ai demandé : « expliquez-moi madame ».
- Elle me répond : « quand j'étais petite, mon frère a enterré ma poupée. Et le fait d'avoir enterré ma poupée, a fait monter la mort en moi ».
- « Mais madame qu'est-ce que vous auriez voulu faire pour votre fils ? Acceptez madame qu'à un moment il n'a pas pu faire autrement que. »
- « Mais quand il était à Hossegor sur la plage à 4 ans, il ne pensait pas à ça...»

Je ne voulais pas déculpabiliser cette dame, parce que culpabiliser, c'est redonner le contrôle. Elle m'a donc demandé: « Si j'y suis pour rien, qu'est-ce que je peux faire pour les enfants qui me restent ? »

Je lui ai répondu : « Madame, vous vous contredisez, car vous dites : je n'ai rien pu faire pour celui qui est mort mais pour ceux qui ne le sont pas, que peut-on faire ? »

Culpabiliser c'est la reprise de contrôle. Il faut culpabiliser les gens pour qu'ils se posent des questions. Un deuil suite à un suicide, c'est une période qui pose énormément de questions.

Il ne faut pas oublier que le suicide est une mort intentionnelle, ce qui constitue une attaque majeure de la confiance interhumaine : on a confiance en plus personne, même pas en soi. Lorsque dans les services de soins on vit cela douloureusement, on se dit « mais oui, je l'ai vu hier il n'est plus là ». On aimerait prendre le patient décédé dans nos bras. Pendant cette attaque majeure, il est très important de faire parler les gens endeuillés par le suicide, les faire parler de l'être cher qu'ils ont perdu, pour le rendre vivant, sinon il est mort deux fois. « Mon fils est mort et personne n'ose en parler ». Il faut faire parler les vivants.

Je me souviens d'un couple qui avait perdu leur fils. 15 ans après il y a toujours ses chaussures devant l'escalier : « écoute, tu pourrais enlever les chaussures » disait le père.

« Ecoute, on verra » répondait la mère. Ça fait 15 ans que ça dure. Ce couple parle de leur enfant décédé tous les jours. Et cette maman a fait un placard spécial pour son fils décédé. Le matin, elle ouvre le placard, elle respire, elle referme, « j'ai une belle journée ». C'est très bien. Chacun a sa façon de faire.

Un monsieur qui avait perdu son bébé, mort dans l'entrée de sa maison, me dit un jour : « je veux mondialiser le problème parce qu'il est mort dans notre maison à l'entrée ». Ce monsieur est donc allé en Patagonie. Je lui ai demandé : « Qu'est-ce que vous avez fait monsieur ? ». Il m'a répondu : « j'ai mis trois bouteilles avec une photo de mon fils ». Il a mondialisé le problème.

L'euthanasie

Je ne suis pas compétent sur l'euthanasie, mais si j'en parle aujourd'hui, c'est parce que je suis excédé par le déguisement de l'euthanasie sous la question de l'éthique. Sans l'argument éthique, les médecins, les infirmières vont en prison, même les psychologues. Nous parlons donc aujourd'hui de suicide assisté.

L'autre jour à Paris, j'ai rencontré une représentante d'une confédération qui nous a présenté une liste des chiffres sur les « suicides non assistés » et les « suicides assistés ». Je lui ai dit : « madame, ça ne se fait pas, ce n'est pas correct, ce n'est pas poli parce que si je suis suicidaire, je vais venir vous voir et vous demander un suicide assisté. » Elle m'a répondu qu'il fallait certaines conditions et m'a conseillé d'aller voir un médecin spécialisé dans le suicide assisté à Lausanne. J'ai donc écrit à ce médecin suisse, et j'ai reçu chez moi une lettre, me disant : « M. Terra, nous regrettons de ne pouvoir vous aider actuellement dans votre souffrance actuelle, car vous n'habitez pas sur le territoire Suisse. Néanmoins, tournez-vous vers l'association « droit à la dignité » ». Ma femme qui avait lu la lettre m'a dit « qu'est-ce que c'est que cette affaire ? », je lui ai répondu : « j'explore ! ». Je suis allé voir cette association et ils m'ont expliqué qu'une fois les gens qualifiés, on leur demande le jour et l'heure. Deux tiers d'entre eux répondent : « j'en suis pas là ». Un tiers répond : « à la vitesse où ça va, samedi 14h ça ira. Dans trois semaines ma fille qui est en Australie sera là, elle a été alertée. »

Ce qui est contradictoire, c'est qu'en Suisse on dit que le suicide diminue mais l'euthanasie augmente. Je leur ai donc demandé l'âge de la population en Suisse qui meurt par suicide, et l'âge de celle qui demande un suicide assisté. Ils m'ont répondu que ce n'était pas du tout le même âge, pour le suicide assisté la population est beaucoup plus âgée. Quant au sex ratio du suicide c'est 3.5 hommes pour 1 femme. Pour le suicide assisté, c'est beaucoup plus féminin, ce sont des gens contrôlants, exigeants : « je suis née par césarienne, et je mourrai par suicide assisté. Je contrôle tout et ce n'est pas ma fille qui va me dissuader de tout ça. » Donc vous voyez les germes de ma colère : Angela Dolores m'a

dit qu'elle pensait qu'en Suisse, ils avaient perdu le combat de la prévention du suicide des personnes âgées avec le suicide assisté. Les économistes se sont penchés sur la moitié des dépenses de santé : la moitié est pour la gériatrie. Voilà comment faire des économies. Cela fait des gains énormes.

Concernant l'euthanasie, c'est le corps qui fout le camp. Pour le suicide, c'est le moral qui part en premier, le corps suit éventuellement. Pour des personnes dépressives âgées et suicidaires, on leur demande d'anticiper directement : si vous avez un malaise cardiaque, voulez-vous être réanimé ? La plupart des personnes répondent que ce n'est pas parce qu'on est suicidaire et déprimé qu'on va mourir comme des chiens. Il est important de se rappeler de cette ambivalence.

∞ Troisième table ronde : « La santé mentale à l'épreuve de la mort »

Vieillir, vivre et mourir. Travail psychique des âgés et de soignants

Jean-Marc Talpin, Psychologue clinicien, Professeur de psychopathologie, Membre du Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Lumière Lyon 2, Président de l'Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique, Lyon

Ce titre, et son ordre qui peuvent surprendre, a pour but de faire ressortir la mise en tension entre le vivre et le mourir dans la vieillesse alors que bien souvent le vieillir est écrasé sur le mourir, comme s'il n'était dans la vieillesse plus question de la vie, mais de la mort comme unique horizon, quelle qu'en soit l'échéance.

En préparant cette intervention, deux associations ont été insistantes dans ma psyché : d'une part, l'expression « faire de vieux os » qui condense la longévité et, avec les os, la mort, le squelette ; d'autre part, la liste qui paraît tous les ans dans le quotidien *La Croix*, liste constituée de tous les morts de la rue, par l'association éponyme, afin que ces derniers ne meurent pas aussi symboliquement dans le silence : une liste pour les extraire, nom, prénom, surnom, de l'invisibilité que constitue bien souvent leur anonymat.

Comme je viens de le souligner, la vieillesse ne se résume pas à la question de la mort, sans la nier pour autant dans un mouvement de défense maniaque. La mort est difficile à gérer, elle est le plus souvent en pas assez ou en trop, elle s'efface ou s'impose, déborde, pour les âgés comme pour ceux qui les accompagnent.

La mort dans la vie psychique

Cette difficulté à penser la mort, et plus encore la sienne que celle des autres, tient à deux grands registres d'explications : social et psychique.

Dans le registre du social, il convient de souligner que durant des siècles le rapport à la mort fut accompagné, étayé, par le méta-organisateur qu'est la religion. Tel n'est plus le cas, nous assistons à une privatisation du rapport à la mort, ce qui se manifeste d'une part au niveau du sens et des croyances, d'autre part au niveau des rites sociaux de la mort, rites étayés sur le corpus de la religion. Si le recours à une célébration religieuse a pour certains un sens au regard de leur foi, pour d'autres, il témoigne d'un désarroi face à la mort, au mort, et de la recherche d'un dispositif d'accompagnement. Petit à petit les sociétés de pompes funèbres travaillent à l'invention de rituels laïcs à même d'étayer les endeuillés lors des funérailles de leurs proches.

Ainsi que le développe S. Freud dans ses textes sociaux, les psychés singulières s'appuient, s'étayent sur les dispositifs, les cadres (dirait J. Bleger) sociaux pour leur déléguer une partie de leur travail psychique, y déposer leurs angoisses, voire les y faire traiter. Les représentations (religieuses ou plus largement culturelles de la mort) participent de ceci, du moins tant qu'elles existent. Outre ce que je viens de mentionner quant aux recherches de nouveaux rituels, je soulignerai l'étayage pour penser la mort fourni par le modèle des soins palliatifs, ceci depuis le début des années 1980. Ces services (de même que, tout autrement, l'épidémie de Sida) ont participé à redonner une place à la mort dans notre société, ce qui n'exclut pas pour autant les défenses singulières tant en ce qui concerne la pensée de sa propre mort que celle d'autrui, généralement dans une moindre mesure.

Si la mort est généralement reconnue sur le plan conscient, elle fait l'objet d'un tout autre travail sur le plan inconscient. Lors de la perte d'un être aimé, il n'est pas besoin d'être psychotique pour recourir temporairement au déni, au clivage, à l'hallucination fugace.

La question de la mort propre est encore plus complexe, ce dont témoignent des oppositions théoriques fortes que l'on peut aussi lire comme témoignage du travail psychique de leurs auteurs non seulement au regard de leur clinique mais surtout au regard de leurs propres capacités et limites à penser leur propre mort. En effet, si S. Freud demeure constant pour soutenir que notre inconscient ignore notre propre mort et qu'en dernière analyse toute angoisse de mort s'avère être une angoisse de castration, M. Klein et ses successeurs (je pense en particulier au E. Jaques de *Mort et crise du milieu de la vie*) soutiennent au contraire qu'il y a d'abord une angoisse de mort, une angoisse de néantisation qui, dans les meilleurs des cas et dans des conditions, dans des cadres, favorables, peut être élaborée en angoisses d'abandon, de séparation, de castration. Dans cette même logique, lorsque la mort réelle approche, il est fréquent que le sujet repasse par des angoisses beaucoup moins élaborées, plus archaïques. Ainsi donc pour ces auteurs, l'inconscient a une trace psychique d'expériences vécues comme étant de mort, qui participent à l'appréhension, au double sens du terme, de la mort propre.

A ce débat, j'ajouterai un point : la mort des objets d'amour participe au travail de la mort dans le sujet, travail qui vise à circonscrire la mort en soi et à organiser des voies de dégagement par les réinvestissements, le travail de deuil en somme, mais qui, par la mort des objets, dit quelque chose au sujet de sa propre mort à travers ce (ceux) qui meure(nt) en lui.

Vivre et vieillir et vivre

Ceci étant posé, la clinique montre comment les sujets jeunes s'organisent principalement sur le mode de la défense maniaque quand les plus âgés, passée la crise du milieu de la vie dirait E. Jaques, prennent conscience du travail de la mort en eux. Dès lors, la vie psychique des sujets vieillissant oscille, et selon les sujets et selon les moments et les événements de vie, entre défenses maniaques et angoisses de néantisation, entre déni et écrasement par

la perspective de sa propre mort, en passant par des moments de dépressivité et par des moments d'investissements. Dans ce parcours, la mort des parents prend une place importante dès lors qu'ils représentent souvent pour le sujet un rempart contre la mort.

C'est précisément dans les moments de réinvestissement qui suivent ceux de dépressivité (ces moments où le sujet s'interroge sur le sens de la vie, où il se demande si elle vaut la peine d'être vécue dès lors qu'il y a des pertes objectales, physiques, narcissiques...) qu'émergent des formes de créativité tardive qui vont s'intriquer aux modes de vie du sujet et lui redonner sens et plaisir.

Signes et travail du vieillir

Ainsi que ceci est amorcé plus haut, le travail du vieillir (D. Quinodoz) passe par différents registres qui donnent consistance, une consistance le plus souvent traumatique, au temps qui passe. Je dégagerai ce qui est en lien avec le corps, ce qui est en lien avec les pertes et ce qui est en lien avec le social.

Le corps donne à chacun des signes de vieillissement mais le sujet peut faire le choix inconscient de nier ces signes. Ce vieillissement corporel affecte le narcissisme, non seulement celui de l'apparence, de l'image de soi, mais aussi, plus profondément, celui de la familiarité du sujet avec son propre corps et le fonctionnement (musculaire, sensoriel, interne) de celui-ci. Ce point me fait penser qu'il y a tout un travail à mener sur le corps des gens de la rue, sur souvent la négligence, voire l'épuisement de ce corps, ce qui conduit certains à accepter, à un moment, de se poser, à accepter que des bénévoles ou des professionnels prennent soin d'eux.

Les pertes objectales, celles des parents puis celles des contemporains, sont un autre indice fort du travail de la mort autour du sujet et en lui, dans la perspective de ses objets internes. Durant le vieillissement, elles vont croissantes et peuvent provoquer de véritables sentiments de détresse, d'abandon par l'environnement, et ce d'autant plus que les objets perdus étaient vécus comme protecteurs. Au cours du vieillissement, certains sujets peinent à réinvestir, y compris pour se protéger du risque de perdre de nouveaux objets, quand d'autres y parviennent et au sein de la famille (la descendance, les petits, arrière-petits-enfants), ce qui pose la question particulière de ceux qui sont en rupture de famille, de ceux qui n'ont pas de descendance, et hors de celle-ci (amis, professionnels, co-résidents...).

Les pertes relevant du social concernent en premier lieu celle de l'emploi lors de la retraite, encore que bien des retraités vivent comme un véritable soulagement de ne plus avoir à se confronter à la pression professionnelle. Les personnes au chômage au moment où elles arrivent à la retraite vivent celle-ci comme un soulagement, comme un retour au droit commun qui répare la blessure narcissique du chômage. Ces pertes-là ne sont pas

pertinentes pour les personnes vivant à la rue et le plus souvent sans emploi, si ce n'est parfois sur le mode de ce qui n'a pas pu être et ne le pourra plus jamais.

Pour conclure, je questionnerai ce risque d'écrasement de la vieillesse sur la mort du point de vue des professionnels.

D'une part, il a une fonction défensive car il permet de localiser la mort dans la vieillesse, or le professionnel est de ce point de vue encore jeune : la mort, c'est pour les vieux ! Ceci permet de la tenir à distance, de ne pas penser au travail de la mort en soi.

D'autre part il a une fonction de traitement du négatif : la mort n'est pas niée, elle est repoussée et localisée dans les vieux, ce qui peut poser problème dès lors qu'ils risquent de ne plus être vus comme des vivants mais comme des morts en puissance, ce qui est particulièrement net pour les sujets souffrants de maladie d'Alzheimer quand ils sont pensés comme morts psychiquement, ce qui me paraît relever de la condamnation performative et non de la clinique.

Enfin, du point de vue des professionnels, je soulignerai une difficulté spécifique : leur confrontation à une accumulation de morts, ce qui pose la question de l'accompagnement de ces professionnels dans le travail de deuil et dans les défenses qu'ils mettent en place. La création d'espace d'élaboration est indispensable au soutien de la vie psychique entre le risque des défenses rigides afin de ne pas être affecté et le risque de l'effondrement dépressif. Ces dispositifs, étayant et symbolisant pour les professionnels, ont des effets indirects sur les âgés qui peuvent alors être entendus dans leur singularité, leurs peurs et leurs investissements, même tardifs.

Références bibliographiques

Bleger J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, in Kaës R. *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, (1987), p. 47-61.

Freud S., (1915A), Ephémère destinée, in *Résultats, idées, problèmes 1*, Paris, Puf, (1991), 233-236

(1915B). Deuil et mélancolie, in *Métapsychologie*, Paris, Paris, Gallimard, (1968), 145-171

(1915C). Considérations actuelles sur la mort et la guerre, in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Payot, 6-40

(1921). Psychologie des foules et analyse du moi, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, (1981), 117-218.

Jaques, E. (1963). Mort et crise du milieu de la vie, in Anzieu, D. et coll. *Psychanalyse du génie créateur*, Paris, Dunod, (1974), 238-260.

Klein, M. (1957) *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, (1968).

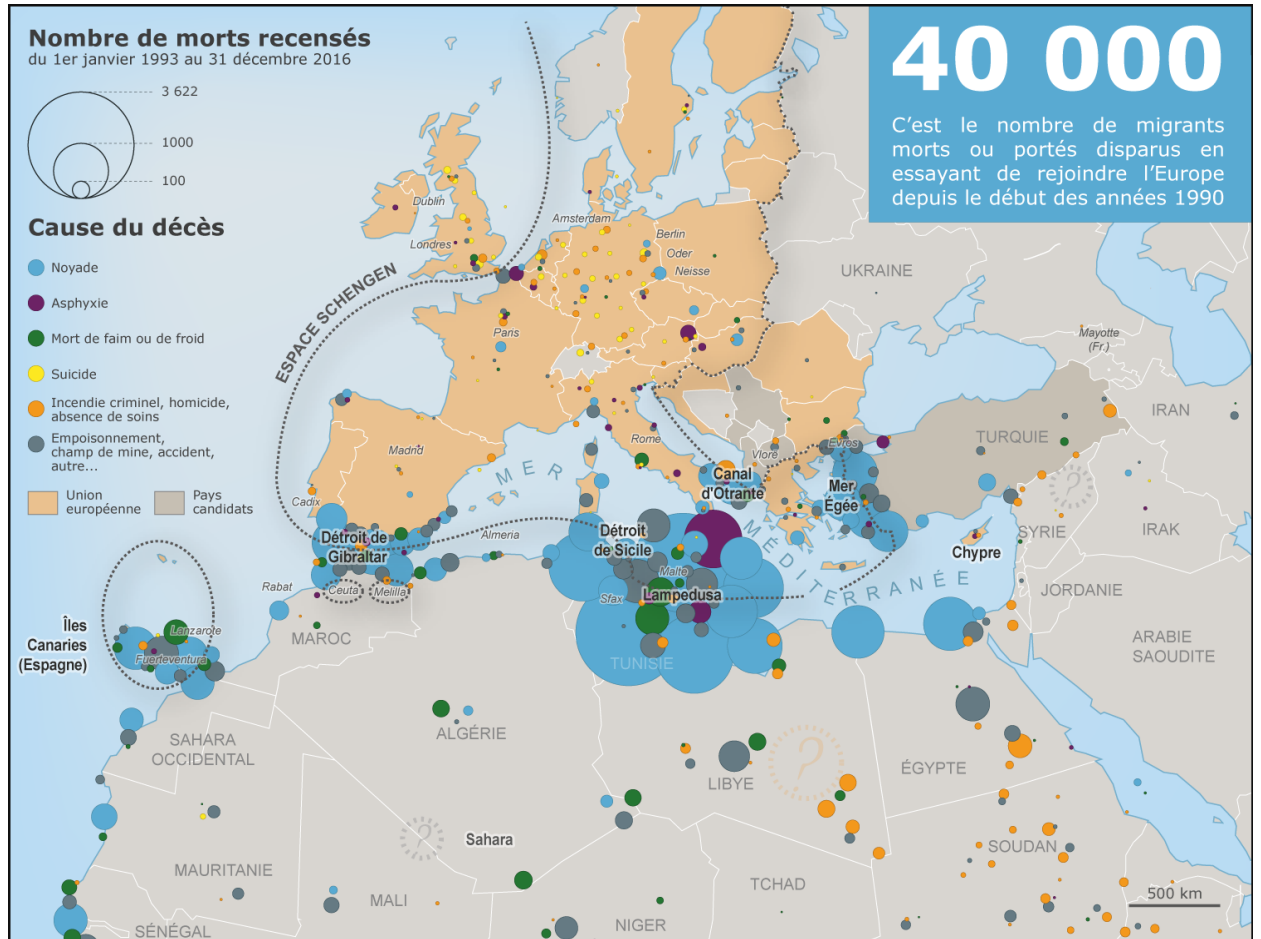
Quinodoz D. (1993). Le travail de vieillir, in *Le travail de vieillir... Enrichissement ou appauvrissement*, Actes de la 10^{ème} journée de l'ARAGP, Lyon, 4-16.

(2006). Vieillir, il n'est jamais trop tard, in *Faire du neuf avec des vieux. Penser la vieillesse aujourd'hui*, Actes de la 20^{ème} journée d'étude de l'ARAGP, Lyon (7-22).

Accompagner la mort à la frontière franco-britannique, Lou Einhorn

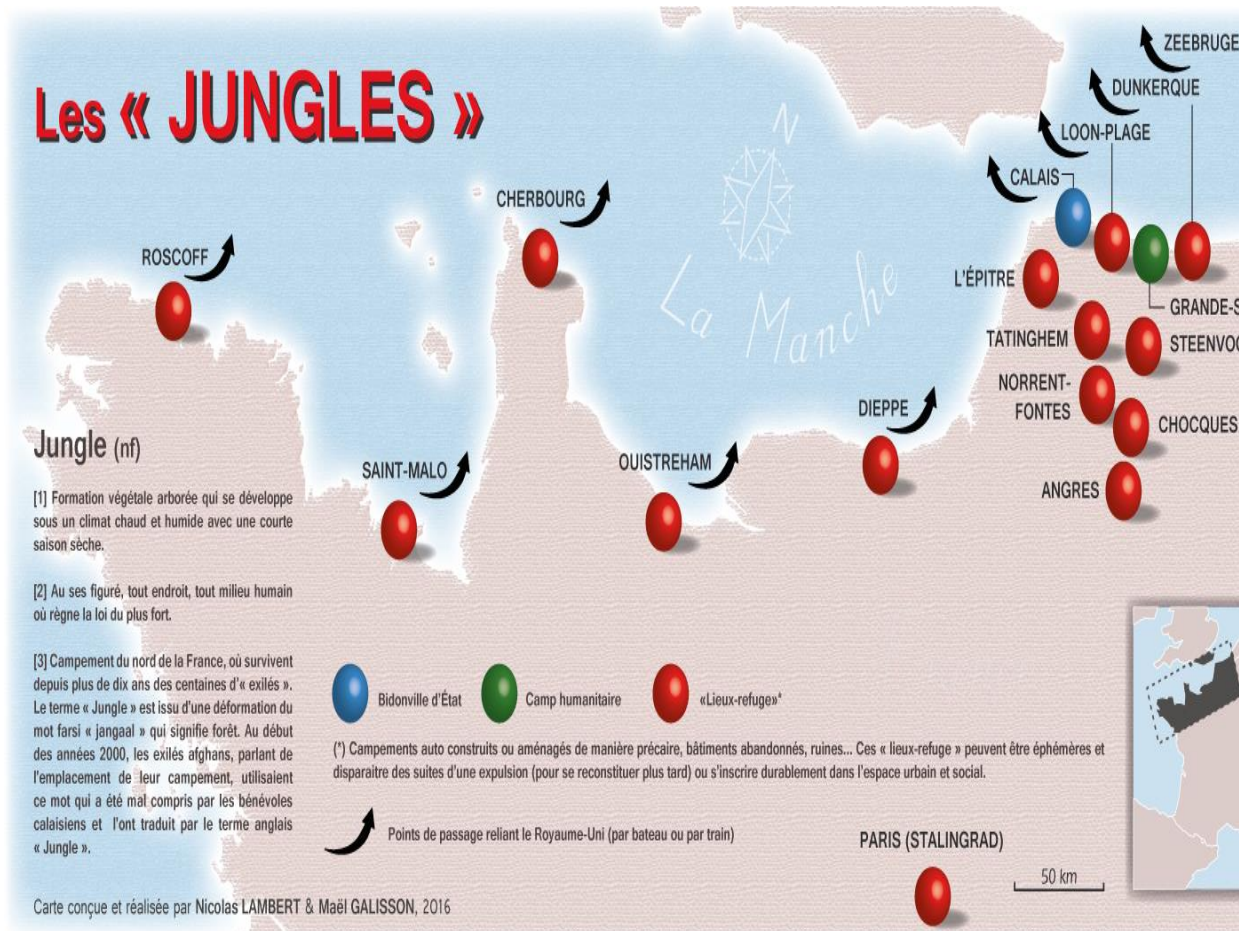
Lou Einhorn, Psychologue référente santé mentale à Médecin du monde sur le projet santé mentale pendant 2 ans, Calais

La mort aux frontières de l'Europe



Au niveau européen il n'existe pas de dispositif officiel de décompte des morts, ni de protocole d'identification et d'enregistrement des corps.

La frontière Franco-britannique



La frontière franco-britannique est une zone de transit des migrant-e-s vers l'Angleterre depuis des décennies. Les migrant-e-s essayent de passer dans ou sous des camions en direction de l'Angleterre, via le port ou le tunnel sous la manche. Des campements sont installés le long de l'autoroute, près d'aires de stationnement de poids lourds en direction de l'Angleterre.

Il y avait des « petits » camps depuis des années, avec plusieurs centaines de personnes. Entre 2015 et 2016, on observe une augmentation importante du nombre d'exilé-e-s. A Calais, un bidonville créé par l'état, regroupe plus de 10000 personnes. Actuellement, on compte environ 400 personnes à Calais, et quelques centaines sur les autres camps du littoral. Sur ces camps, les conditions de vie sont scandaleuses, les exilé-e-s voient leurs droits bafoués, les violences civiles et policières sont quotidiennes. Les exilé-e-s disent souvent « Nous sommes traités comme des animaux » et ce jusque dans la mort.

Le contexte est anxiogène, destructeur, extrêmement nocif pour la santé mentale.

Les décès

Entre août 1999 et mai 2017, 197 morts sont recensés. Il est difficile de comptabiliser les morts, de connaître tous les décès. Voici liste non exhaustive et forcément incomplète des exilé-e-s qui décèdent à l'hôpital à la suite de leurs blessures, ou d'une disparition, etc.

2014 : 20 décès

2015 : 25 décès.

2016 : 18 décès 4 morts en 15 jours

2017 : 5 décès

Si les médias veulent souvent faire croire que les morts à Calais sont majoritairement les conséquences de bagarres entre communautés, la réalité est tout autre :

Les Premiers décès sont recensés en 1999 :

- 49% des décès surviennent lorsque les personnes sont cachées sous ou dans un camion par suffocation, déshydratation, hypothermie, écrasées par la marchandise ou le véhicule lui-même.
- 20% de décès sont liés aux « accidents » de circulation. On observe beaucoup de délits de fuite, les conducteurs ne s'arrêtent pas.
- 10% des décès ont lieu sur le site d'Eurotunnel, percuté ou projeté par un train.
- 8% d'homicides
- Il y a également des suicides. Il y a quelques jours un exilé vietnamien s'est suicidé à l'hôpital.

Dans la grande majorité des cas, il ne s'agit pas de mort naturelle. La seule « mort naturelle » dont j'ai entendu parler est le décès d'une personne en rupture de traitement sur le bidonville. Peut-on vraiment parler d'une mort naturelle dans ce cas, ne serait-il pas plus juste de parler de « morts politiques » ou de « morts liés à la frontière » ? Il y a également de nombreux blessés, dont plusieurs gravement : coma, réanimation, etc.

Aucune réponse judiciaire



Toutes ces morts devraient engendrer une enquête mais finalement il y a très peu voir aucune réponses judiciaires. En vie comme décédés, les migrants n'ont pas de droits. Cela participe et renforce la banalisation et la normalisation des violences. Des exilés qui disent « Les soudanais se font tuer ici, on ne se verra peut-être pas demain ». On observe un sentiment d'impunité qui n'est pas qu'un sentiment...

Mais une réponse sécuritaire

La Sécurisation du port oblige les exilés à changer leur mode de passage, et à se reporter vers le tunnel sous la manche. Suite à la sécurisation importante d'Eurotunnel (qui a décidé d'inonder ses terrains) les exilé-e-s adaptent une fois de plus leur méthode de passage. Les « dougars » ; bouchons provoqués sur l'autoroute pour monter dans les camions, se développent.

Cependant l'augmentation significative du nombre d'exilés entre 2014 et 2015 peut aussi participer à l'augmentation du nombre de morts.

Plus la frontière est sécurisée, plus les exilé.e.s prennent des risques pour la franchir, plus il y a de morts.

Banalisation des décès

Moussa, 17 ans, migrant, enterré à Calais
Dix personnes ont perdu la vie en essayant de passer en Angleterre, sans même être identifiées.

Migrant mort au tunnel sous la Manche : «triste mais pas surprenant» selon Eurotunnel
Un Érythréen de 25 ans est décédé dans la nuit de jeudi à vendredi sur le site d'Eurotunnel, alors qu'il tentait de passer clandestinement en Angleterre. Une enquête est en cours pour tenter de déterminer les causes de sa mort. La thèse privilégiée est celle d'un accident. Une autopsie doit avoir lieu

Calais : Mort d'un deuxième migrant en deux jours aux abords de la «Jungle»
SOCIÉTÉ Un jeune soudanais est mort après avoir été percuté par un véhicule sur la rocade portuaire...

Calais : un migrant meurt sur la rocade portuaire
Depuis le début de l'année 2016, il s'agit du douzième migrant qui a péri dans le Calais et le cinquième mort percuté sur la rocade portuaire de Calais, selon la préfecture.

Le traitement journalistique de ces décès ne favorise pas toujours une humanisation... Le nombre de décès répété sur des espaces temps parfois très rapproché (4 décès en 15 jours) favorisent une banalisation des décès.

Un racisme décomplexé

« Cela en fera un en moins » est une phrase entendue à plusieurs reprises, en commentaires sur des sites de journaux ou au café du coin...

L'absence de soutien étatique

L'absence d'accompagnement de l'Etat lorsqu'une personne décède a des conséquences psychologiques désastreuses. Eurotunnel, suite à la série de décès d'exilé-e-s percutés par un train sur leur site, ont mis en place une cellule de crise pour ses salariés, choqués d'avoir été le conducteur, la conductrice d'un train ayant tué quelqu'un. A aucun moment l'Etat ne pense à mettre quelque chose en place, malgré les demandes et propositions d'accompagnement, pour les exilé-e-s victimes et les témoins : zone de non droit, jusque dans la mort. Nous avons essayé de solliciter des CUMP, mais nous avons essuyé plusieurs rejets. Parmi les raisons invoquées : la non compréhension du contexte d'intervention, l'absence d'interprétariat, la « non nécessité ».

Noal est une femme syrienne qui s'est fait percuter par une voiture sur l'autoroute alors qu'elle tenait son enfant de 9 ans par la main. Elle meurt sur le coup. Le gamin se retrouve avec son oncle paternel, sans aucun accompagnement. Aucun hébergement, soutien psy, ou programme de suivi pour l'enfant n'a été mis en place. Ni l'ASE, ni personne ne s'en inquiète, et pourtant, l'affaire a été médiatisée.

Un rapport à la mort particulier

La mort est très présente à Calais, rarement ignorée, parfois utilisée : grève de la faim, menace de suicide pour espérer faire plier le gouvernement. Alors que ces personnes fuient de la mort dans le pays d'origine, une fois en Europe, ils ont la désillusion d'y être confronter de nouveau. Beaucoup de personnes arrêtent de tenter le passage de la frontière Franco-britannique suite à un décès. A l'inverse, certains persistent ne voulant surtout pas rester à Calais. De nombreux exilés ont frôlé la mort, ce sont vu mourir, ont vu leur ami mourir.

L'accompagnement

Par qui ?

Face à l'absence d'accompagnement de l'Etat, les associations réagissent. Au départ l'accompagnement du secteur associatif était essentiellement matériel pour financer le rapatriement. Aucune association n'a souhaité officiellement s'occuper de cette question. Parfois, quinze acteurs différents sont impliqués dans l'accompagnement, parfois personne. C'est bricolé, improvisé, rien n'est formalisé. Face à l'absence totale d'accompagnement des exilé-e-s et des témoins, Médecin du monde, via les moments de travail psychosocial, s'est posé la question d'un accompagnement au-delà de la recherche financière. Cependant, même pour MdM projet santé mentale, l'accompagnement des proches dans la mort d'une personne n'était pas inscrit dans le projet et rencontrait certaines résistances. C'est un sujet difficile, dont personne n'a réellement envie de s'occuper.

Pour qui ?

L'idée est de répondre aux besoins de la famille, des proches, de la communauté, et de les accompagner dans ce moment difficile pour leur faciliter les démarches, que ce soit moins lourd à porter pour eux. Il ne s'agit pas d'accompagner une personne, mais une communauté, voir tout un camp.

Pourquoi accompagner ? Quels objectifs ?

Evelyne Josse note que le travail de deuil dépend de facteurs individuels (âge, sexe, histoire personnelle, etc.), culturels (place donnée à la mort, au défunt, sa symbolique, etc.) et contextuels. Ce sont sur les facteurs contextuels que nous cherchons à avoir un impact. Cette psychologue explique que le caractère traumatique, la brutalité du décès, l'intentionnalité de la violence, les obstacles aux rites funéraires, l'absence de possibilité de réparation et de justice... sont des facteurs qui risquent d'influencer péjorativement le processus de deuil. En travaillant sur la question de la santé mentale, cela nous a paru indispensable d'accompagner les personnes et communautés pour contrebalancer les effets du contexte nocif.

Comment : Un rôle particulier, dans différentes étapes

⇒ Aider à l'identification

L'identification est souvent une étape compliquée. Lorsqu'il y avait des petits camps, les personnes disparues étaient facilement repérées. La communauté venait voir les associatifs, qui contactaient ensuite la police. A l'arrivée du bidonville, cette tendance s'est inversée. Etant donné le nombre important d'exilés, le lien se perd et les exilés ne se

connaissent plus. Une disparition passait facilement inaperçue, d'autant plus que les exilés pouvaient venir des autres camps de la région, étant donné que Calais est la zone de passage. La police nous contactait régulièrement lorsque quelqu'un était mort pour nous demander de les aider à identifier la personne. Ils nous transmettaient des photos lorsque celles-ci pouvaient être présentées, ou encore faisait une description, qui pouvaient servir d'indices afin de retrouver le groupe d'appartenance. Nous faisons alors le tour des leaders communautaires, le tour du bidonville, le tour des associations pour essayer de retrouver un proche de la personne. Cela durait parfois plusieurs jours. Parfois les leaders communautaires affichaient des **photos** du visage de la personne ou de ses vêtements dans le bidonville. Même lorsque le corps était dans un état non présentable, la priorité étant de l'identifier et de pouvoir prévenir la famille.

Cette étape de recherche est très difficile, « glauque ». Nous nous sommes beaucoup posé la question de notre rôle. Est-ce réellement à nous de faire cela. Est-ce le rôle des équipes psychosociales de rechercher l'identité d'une personne décédée, en se trimbalant dans le bidonville et en interrogeant chaque groupe pour savoir s'ils ont perdu un de leurs amis ? Si nous ne le faisons pas, qui d'autre le fera ? Qu'elles soient contactées par les exilé.e.s qui ont perdu quelqu'un ou par la police qui a retrouvé un corps, les associations sont au milieu, entre les autorités et les exilé.e.s. Ce sont les premières informées en cas de décès, bien avant la police, même lorsqu'il s'agit d'un meurtre. La guerre entre les exilé-e-s et la police est trop marquée à Calais pour qu'une collaboration sans personne intermédiaire puisse exister.

⇒ **Informier et expliquer : redonner du pouvoir d'agir, et re humaniser.**

- **Pendant l'intervention de police :**

Lorsque les équipes psychosociales se sont retrouvées sur les lieux alors que la police était encore en cours d'intervention, nous nous sommes rendu compte que nous avons également un rôle à jouer ici. Ne serait-ce que traduire, et expliquer... :

Pourquoi tant de monde ? Pourquoi attend-on plusieurs heures avant de bouger le corps ? Pourquoi ce n'est pas possible de le voir ? Pourquoi la police est là ? ...

- **Sur les procédures :** *comment cela fonctionne en France, quelles sont les différentes étapes, qui sont les principaux acteurs, les délais, quelles sont les possibilités ?*

En cas de décès, on observe énormément d'incompréhension, et les rumeurs se propagent très rapidement : la police ne veut pas rendre le corps ; il va être enterré de façon anonyme et hors de tout rituel ; « ils » vont brûler le corps ; « ils » ont fait quelque chose de mal au corps c'est pour cela qu'ils ne veulent pas le montrer ; ils ont prélevé des

organes... Ce « ils » n'est pas identifié et les exilé.e.s n'ont aucune idée de qui fait quoi dans ce domaine.

En général, nous essayons de formaliser ce temps d'information et d'explication, assis dans un bureau, au calme. Nous prenons le temps d'expliquer toutes les démarches de A à Z et de répondre aux questions, comme tout au long de la procédure. Ce temps d'information est parfois répété à plusieurs reprises, par exemple devant toute la communauté lors d'un meeting. Les exilés ont besoin de comprendre, de poser des questions. Ils doivent en général eux même répondre aux questions de la famille au pays, gérer leurs angoisses, et ne peuvent le faire s'ils n'ont pas d'information.

⇒ **Se renseigner :**

Il est important également de se renseigner sur les rites et les coutumes, et sur les réactions normales et pathologiques du deuil selon la culture. Il s'agit de mener ce travail étroit avec les leaders communautaires.

⇒ **Accompagner dans les démarches et faciliter la coordination :**

Une autre partie du travail consiste à trouver les contacts de pompes funèbres adaptées aux demandes de la famille, de négocier les tarifs, de faire l'intermédiaire avec la police, avec l'ambassade, et d'organiser et diffuser un appel à dons pour le rapatriement. Il s'agit de leur faciliter les démarches, que la famille souhaite un rapatriement ou que le corps soit enterré. Souvent, un accompagnement physique au commissariat, à l'hôpital, à l'UMJ, au cimetière, est nécessaire. Enfin, il s'agit d'être présent pour la traduction, car beaucoup de dispositifs n'en sont pas équipés. Même si celle-ci est difficile il s'agit d'être là pour être une présence rassurante.

Nous orientons également vers des juristes pour que les personnes puissent connaître leurs droits et les possibilités, et qu'ils puissent décider en fonction d'entamer ou non des poursuites judiciaires.

⇒ **Soutenir l'organisation de cérémonies et rituels funéraires**

Dans l'organisation d'une cérémonie et dans les démarches il s'agit d'ouvrir le champ des possibles. Sur un bidonville, dans un pays qu'ils ne connaissent pas et avec une langue qu'ils ne parlent pas, les exilés ont du mal à imaginer comment ils vont pouvoir organiser un rituel funéraire en adéquation avec leurs pratiques culturelles : qu'est-ce que vous aimeriez faire ? Une cérémonie dans une église ? Dans une mosquée ? Une veillée ? Un repas ? Une manifestation ? Un rassemblement ? Tout est possible, en tout cas on va essayer.

Notre rôle est très variable : trouver des bougies pour que la communauté puisse se recueillir, imprimer des photos de la personne décédée, coordonner une livraison de poulet pour le repas après la cérémonie, trouver un curé ou un imam de la jungle / en ville

qui accepte de faire la cérémonie, trouver une église, etc. Il est important d'aider à recréer les conditions pour qu'une cérémonie puisse être faite, que les mécanismes de soutien communautaires qui auraient été mis en place dans le pays d'origine puissent se recréer.

⇒ **Accompagnement psychologique :**

Il est important d'informer sur les réactions psychologiques « normales », « anormales », rassurer sur les étapes du deuil, d'expliquer les possibilités de soutien psychologique, d'offrir un soutien psychologique, et de réunir les conditions pour débriefer avec les personnes ayant été témoins de l'accident, ou au moins de leur offrir un suivi.

Ce sont globalement les différentes étapes dans lesquelles nous pouvons intervenir. Le degré d'investissement et les démarches très différentes selon les personnes. Nous essayons réellement d'être à l'écoute des besoins et non pas de « faire » à tout prix. Parfois il s'agit de discuter avec d'autres associatifs proches de la personne sans même jamais la voir, ou simplement d'imprimer une photo pour favoriser un recueillement, et parfois, il faut tout prendre en charge de A à Z.

Accompagnement des professionnels

Dans toutes ces démarches nous avons un rôle de liaison, et aussi de soutien des professionnels du droit commun et les acteurs étatiques démunis face à cette question. Nous ne faisons rien tout seul, c'est un énorme travail en réseau. Sans que cela parte d'un mauvais sentiment, beaucoup de préjugés peuvent rendre l'accompagnement plus difficile, beaucoup de peur de ne pas savoir faire. Certains acteurs tentent de se décharger de leur rôle, sous prétexte qu'il s'agit d'exilé-e-s et que « nous », associations, sommes censés mieux savoir... Un médecin qui traîne des pieds pour annoncer la mort de son frère à un exilé, et nous demande de nous en charger... Il y a des mécanismes, des automatismes des professionnels qui sont à déconstruire, tout simplement parce qu'ils ne sont pas habitués à travailler avec ce public. Nous essayons de réhumaniser, d'individualiser, de faire en sorte qu'ils voient un être humain et non pas un migrant en face d'eux.

« C'est des africains ils en ont vu d'autres. » « Ils ne pleurent pas ». Nous avons vu avec des professionnels de santé, des professionnels étonnés que des érythréens, noirs, ne soient pas musulmans (et donc ne souhaitent pas forcément être enterrés au carré musulman). Des policiers ne pas parler de rapatriement, parce qu'il leur semble évident que la famille n'a pas d'argent et que le corps sera donc enterré dans la fosse commune. Ou encore, des procès-verbaux ou autres documents officiels non remis parce que « de toute façon il ne va pas pouvoir le lire, c'est en français ».

Il y a une dimension interindividuelle très importante dans cet accompagnement. C'est au bon vouloir du médecin, de l'infirmier, de la personne de la morgue qui va être sensible

ou non à la question lorsqu'il y a un décès d'un exilé. Le médecin dépasse le secret médical en contactant une association pour tenter de retrouver la mère d'un enfant mort-né qui a quitté l'hôpital, le policier en remettant une photo d'une personne décédée pour procéder à l'identification. Récemment, une personne a été enterrée alors que la famille voulait rapatrier le corps. La personne qui avait identifié le corps n'avait pas de papier, car elle était en transit pour l'Angleterre. Le juge a trouvé cela plus simple de l'enterrer plutôt que de demander d'autres informations qui pourtant existaient. Comme rien n'est organisé collectivement, c'est au bon vouloir de chacun. Dans ce contexte de mort déjà traumatisant, un mauvais accueil amplifie et accentue la difficulté de faire le deuil. La moindre erreur a des conséquences dramatiques.

Les difficultés pour nous

Cet accompagnement de la mort est compliqué, il bouscule. Nous avons très peu d'informations sur comment on vit le deuil selon les différentes cultures, nous sommes toujours à l'aveuglette. D'un côté l'avantage est que nous sommes réellement centrés sur les besoins de la personne, de la communauté. Nous partons de rien, nous construisons l'accompagnement ensemble. Nos représentations individuelles de la mort sont sans cesse en questionnement et se confrontent aux représentations individuelles et culturelles des exilés

Suite au d'un homme dans sa tente, nous commençons à nous exciter pour chercher des solutions d'hébergement pour les personnes qui cohabitaient cet homme et qui l'avaient trouvé mort. En discutant avec eux, nous nous sommes rendu compte que cela ne leur posait pas de problème de rester dans la même tente.

L'accompagnement de la mort est à chaque fois une urgence au milieu des urgences, pour le professionnel comme pour les proches exilés. En tant que professionnel, il faut abandonner tout le reste pour s'occuper de cela à temps plein. L'exilé quant à lui doit aussi gérer sa propre survie : les tentatives de passage vers l'Angleterre ou la démarche d'asile, trouver de quoi se nourrir, se laver, gérer les angoisses de la famille au pays, etc.

Cet accompagnement est également très dur à vivre pour les équipes. Beaucoup d'équipes sont traumatisés d'avoir cherché pendant des heures l'identité d'une personne décédée. Il est important de débriefer avec ces professionnels. Etant donné qu'il n'y a pas d'organisation collective, tout le monde « ramasse ». Il s'agit d'un accompagnement très dur et intense, mais qui crée des liens très forts avec les communautés et les personnes exilées, rassurées qu'on les accompagne, rassuré que l'on s'occupe de ce dont personne n'a envie de s'occuper.

Révolte et liens

Très présent dans l'accompagnement et autour de la question de la mort, nous nous rassemblons autour de la révolte. Le sentiment de révolte et la douleur collective est présente chez les exilé-e-s comme chez les associatifs. Ce cri de révolte est comme un cri dans la tempête, mais un cri nécessaire, dont nous avons-ils ont besoin, et qui se présente comme un acte ultime pour dire que EUX sont vivants. L'absence de révolte nous inquiète, lorsqu'il n'y a plus de force pour se rebeller et dire que ce n'est pas normal.

Nous tentons par tous les moyens de dénoncer ces morts aux frontières : communiqués de presse, manifestations, rassemblement organisés par les exilés et -ou les associatifs. Parce qu'il ne s'agit pas d'une liste de noms, mais de vies humaines tuées à la frontière.

A Norrent Fontes, suite à la mort d'un exilé du camp une plaque a été posée lors d'une cérémonie avec les exilés et les associatifs. Le sentiment de vie chez se ressent à travers les communautés soudées qui s'inquiètent les uns des autres, les liens qui se créent entre les communautés, et les liens créés entre les exilés et les associatifs.

Conclusion

Calais est une zone de non droit jusque dans la mort, et l'invisibilité se « montre » jusque dans la mort. Les décès ne sont jamais, les personnes décédées jamais identifiées. Il n'y a ni processus officiel ni d'accompagnement. Ce sujet dérange, fâche, est tabou. Tous ces morts sont les conséquences visibles de l'échec des politiques migratoires, conséquences des frontières.

« A Calais, recenser les morts aux frontières est une forme de résistance au processus d'invisibilisation dont sont victimes les personnes exilées ».

Maël Galisson

Il ne passera pas l'hiver ou les effets de la mort dans le travail de rue, Bertrand Zilber

Bertrand Zilber, Psychologue, Centre hospitalier Alpes -Isère, Grenoble

Si l'on parle de la mort et de la rue c'est d'abord en communiquant un chiffre : 49 ans, comme l'âge moyen des personnes qui décèdent de la rue²⁵. Alors évidemment quand on maraude, on y pense, à la mort. Et peut-être même qu'on n'a que ça en tête. D'autant qu'il y a maintes façon de mourir : chute mortelle, sous un métro, hypothermie, dans la forêt, épuisé, retrouvé dans un parking, écrasé, fracassé, mort au Samu, noyé, défenestré, overdose, accident, brûlé vif, asphyxié, suicide, seul dans un hôtel, dans un squat, retrouvé dans la rue, sur un banc, mort depuis deux jours, sous une bretelle d'autoroute, dans un tunnel... Alors oui, nous sommes happés, sidérés par ce réel qui fait effraction.

Les moyens d'alerter, de témoigner de notre angoisse sont diverses : « qui l'a vu ? », « elle ne va pas bien ! », « il ne passera pas l'hiver ! »... Cette dernière phrase, je l'ai souvent entendue dans les groupes d'analyse de la pratique que j'anime auprès de maraudeurs (c'est-à-dire des professionnels et bénévoles qui font des tournées de rue pour venir en aide aux personnes dans la rue). C'est à partir de cette phrase que je vais tenter de vous rendre compte d'un travail groupal de réflexion, d'élaboration qui a permis de dépasser ce réel traumatique de la mort dans la rue. Dépasser aussi l'ambivalence qui consiste à « voir la mort partout » et à ne jamais l'aborder. Pour cela, je m'appuierai sur la situation d'un homme, Brahim, qu'un groupe de maraudeur me citait souvent. Ensuite, je développerai mon propos en deux parties. Tout d'abord, nous partirons du professionnel dans sa rencontre avec l'autre de la rue. Puis j'ouvrirai ce propos à la notion de groupe.

En ce mois de novembre 2010, nous débutons avec une infirmière de l'équipe, un groupe de parole mensuel pour les personnes effectuant la maraude. Au cours de plusieurs séances, les maraudeurs vont évoquer la mort. Celle-ci peut être réelle (découverte du corps dans un squat ou mort isolé après plusieurs jours d'absence) ou fantasmée, résultant d'un sentiment d'inquiétude plus ou moins conscient. Dans tous les cas elle rôde, recouvre le groupe de sa paralysante réalité. Une situation particulière me semble illustrer la façon dont la mort s'immisce dans le travail d'accompagnement aussi bien au niveau individuel qu'inter-subjectif. Lors d'une séance (et de plusieurs autres par la suite), ils évoquent la situation de Brahim. C'est un SDF connu de l'agglomération, d'environ 40 ans et qui a toujours vécu dans la région. Il vit dans la ville, très souvent alcoolisé, et peut se montrer violent.

Dans la cité, il est identifié. Les gens le prennent en sympathie et l'aident. Dans ses relations, il cherche constamment les limites et est très souvent en conflit. Il est suivi depuis environ 10 ans par les équipes sociales et il est décrit comme « très attachant, mais épuisant ». Depuis 2008, son état se dégrade, Brahim est « sans envie » et s'alcoolise

²⁵ Source : Collectif mort de la rue (www.mortsdelarue.org)

toujours plus. Il peut même présenter un état d'incurie (fait ses besoins là où il se trouve, voire sur lui). Sa santé interpelle également. Il souffre d'une pancréatite qui peut par moment l'empêcher de s'alimenter correctement (bien qu'il consomme toujours de l'alcool). Il fait également de fréquentes crises d'épilepsie. Brahim refuse tout traitement. La question qui revient dans la bouche de tous les maraudeurs (comme de l'ensemble des personnes qui le côtoient) est : « Comment peut-on le soigner ? »

À cette question est toujours associée une affirmation: « Il ne passera pas l'hiver! ». Autour de ces deux phrases, il y a l'idée de l'impuissance et de l'abandon vécus par les professionnels et bénévoles qui l'accompagnent. D'ailleurs, on peut se demander aussi si le groupe de maraudeurs « passera l'hiver ». En effet, la capacité à penser, à soutenir cet homme fait défaut. Il met à mal le groupe (agressions, rechutes...). Les membres du groupe nous interpellent comme membres de la psychiatrie en tant qu'infirmière et psychologue de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Ainsi, ils nous interrogent: « Comment peut-on le soigner ? », « Il faudrait l'enfermer ? ». Il nous faut alors aussi « passer l'hiver », car nous ne pouvons pas répondre à leur attente. Ce qu'ils ne savent pas, c'est qu'un travail d'accompagnement auprès de Brahim avait été tenté il y a plusieurs mois lors de son séjour dans le CHRS de la ville. Mais le suivi va s'interrompre au bout de quelques rendez-vous seulement, car Brahim ne se présente pas ou arrive complètement ivre.

Dans le groupe, la situation de Brahim revient envahir l'espace de parole lors de nombreuses séances. Mais rien ne bouge, les vécus sont nommés toujours de la même façon, on s'agite pour trouver quoi faire mais tout élan est vite coupé, retombe sans vie.

J'ai l'impression également qu'on m'invite « à faire », moi aussi, être imprégné des odeurs, subir sa mauvaise humeur, me « salir » à son contact. Ce sentiment d'inutilité me gagne et me rappelle ce que j'avais déjà ressenti à l'époque de l'échec de cet accompagnement. C'est un peu comme si Brahim nous avait contaminés, souillés, usés... Les mêmes phrases sont prononcées sans fin. Comment faire émerger quelque chose ?

Du temps a été nécessaire pour reprendre une capacité de penser. Dans le désir de soigner, les membres du groupe ont échoué comme de nombreux autres avant eux. Un sentiment de dévalorisation les gagne comme tous ceux qui interviennent auprès de Brahim.

« Il ne passera pas l'hiver... ». Il est difficile d'aborder cette phrase. Bien sûr, on préfère se persuader qu'on peut le soigner, c'est beaucoup plus rassurant. Par contre, plus on veut le soigner, plus on constate que Brahim est soumis à des violences (exclusion de structures sur plusieurs semaines, mise à distance par les professionnels, refus d'accompagnement...). « Il ne passera pas l'hiver... », il y a pourtant peut-être là quelque-chose du vivant car malgré cette affirmation, il est toujours là. Telle la figure de l'errance à l'époque médiévale, il est « celui à qui la mort se refuse ». Au cours des évocations lors de ces groupes d'analyse de la pratique (APr), le champ lexical de la mort est omniprésent dans les propos.

A la séance de juillet 2013, je fais remarquer aux maraudeurs que la « mort » traverse nos séances. Je m'autorise d'ailleurs à évoquer devant le groupe, que nous pourrions faire

passer l'accompagnement du « curatif » au « palliatif », c'est à dire ne plus chercher à le soigner mais peut-être plutôt à « pallier à ». Le groupe va tout de suite associer sur la fin de vie et certains membres semblent même être heurtés par cela.

Un travail de mise en mots permet de redynamiser le groupe qui s'autorise peu à peu à parler et à déposer dans ce lieu de ce qui les met en difficulté. Cette image du « palliatif » va être reprise et va perdurer dans l'APr. Cela va permettre que l'on respecte la liberté que Brahim demande, même si on ne la comprend pas toujours. Alors même si Brahim retourne à la rue vont lui être proposés des accompagnements pour prendre des douches. Ceci a été possible à partir d'une légère plainte émise par rapport à ses pieds. Et même si son état reste inquiétant, il crée un lien autour de ce soin qui permettra la quasi-permanence de celui-ci les mois suivants. Mais c'est surtout l'attitude des bénévoles et des professionnels du social qui commence à évoluer. Ils sont moins dans une forme d'injonction mais plus dans une forme d'accompagnement (en tout cas dans leur façon de relater leur pratique).

Ce travail, sur de longs mois, nécessite de ma part de l'écoute et de la vigilance. Mais aussi, quand c'est nécessaire, d'essayer « d'accorder » le désir du sujet, ses besoins, et les craintes, les contraintes des maraudeurs. Ainsi, Brahim alterne période à la rue, courte période d'hospitalisation, dispositif « grand froid » et CHRS. Les maraudeurs oscillent entre découragement, rejet, et conviction dans leurs missions. Mais maintenant tout ceci est parlé. Les choses peuvent s'inscrire. Et Brahim est également inclus dans cette expérience de la parole qui prend sens.

C'est d'ailleurs en tenant compte de sa parole, quelques mois plus tard, que la situation de cette personne s'est améliorée durablement. Suite à un relai de la maraude, un grand nombre de partenaires (en premier lieu l'hôpital) ont pu entendre sa double demande (celles d'arrêter de boire et d'être en sécurité) et il a pu alors intégrer un centre d'hébergement sur plusieurs mois.

Dépasser l'hiver

Il faut tout d'abord faire un constat : le thème qui nous lie aujourd'hui est très peu abordé dans la littérature scientifique. A part un numéro de la revue *Études sur la mort* datant de 2002 ayant pour thème « mort et exclusion »²⁶, je n'ai trouvé aucune trace de colloque ou autre articulant ces deux thématiques. D'ailleurs D. Terrolle²⁷, dans ce même numéro, s'interroge sur l'absence de questionnement en France concernant la mort des SDF. Si je laisse à d'autres l'analyse sociologique d'un tel phénomène, je vais essayer de rendre compte de l'empreinte de la mort sur les processus psychiques groupaux (tels que définis par R. Kaës) à partir de cette expérience de la maraude. Pour Kaës, « toute institution [éventuellement associative] est ordonnée par la tâche primaire qui l'organise »²⁸ c'est-à-

26 *Études sur la mort* 2002/2 (no 122), 180 pages.

27 TERROLLE, D. (2002). La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable. *Études sur la mort*, no 122,(2), 55-68.

28 KAËS, R., Le deuil des fondateurs dans les institutions : travail de l'originaire et passage de génération, in O. NICOLLE, R. KAËS & al., *L'institution en héritage*, p 60.

dire ce qui fonde sa pratique. Dans le groupe de maraudeur, la tâche primaire est « mettre à l'abri » et par prolongement, celle-ci revient à « empêcher un danger » (éventuellement de mort). Intégrer psychiquement la notion de mort place alors les maraudeurs en contradiction avec la tâche primaire.

Il y a eu lors de nos séances de nombreuses situations évoquées concernant la mort (réelle ou fantasmée) de personnes de la rue. Si j'ai choisi pour illustrer mon propos l'histoire de Brahim, c'est qu'elle me semble aborder une des difficultés d'élaboration des vécus mortifères. En effet, si la mort réelle effraie, fige, je fais l'hypothèse que la mort fantasmée, elle, s'immisce dans les processus de pensée groupale.

Un pour tous

Au cours des séances, les maraudeurs témoignent chacun d'un vécu d'insécurité dans les situations qu'ils rencontrent. Mais c'est le groupe dans son ensemble qui permet une résonance de ce vécu. Plusieurs affects me semblent alors traverser le groupe, en particulier parmi les plus archaïques, les affects mortifères dans les situations des personnes de la rue. Nous pouvons aussi entendre, dans certains propos, les affects meurtriers que provoquent ces situations (à travers les évocations d'enfermement, de surveillance, de déni du libre choix...). En effet, le désir de la mort de l'autre est toujours l'objet de déni dans cette pratique. Or, chaque situation de rejet (épuiement dans l'accompagnement, lourdeur de ce qu'il faut mettre en place...) vient faire écho à ce fantasme chez chaque maraudeur. Mais c'est une expression de la haine qui ne passe pas par la parole et qui ne peut donc être reconnue comme telle. G. Gaillard dit que « *se prêter au lien, se mettre à l'écoute d'un patient suppose d'accepter la confrontation avec des affects mortifères, [...] où se déclinent les figures de l'horreur [...] là où a été détruite une part de l'humanité [du patient]* »²⁹. J'ajoute « la confrontation avec des affects meurtriers » dans certaines pratiques. Ainsi, le groupe *via* ses individualités se trouve confronté à la question de la mort et c'est probablement dans l'évocation du cas de Brahim que celle-ci m'est apparue de façon saisissante.

Lors des nombreuses évocations de cette situation, une certaine répétition dans les propos s'installe et je n'ai pas l'impression que, sur ces séances, les maraudeurs arrivent à s'entendre. Il y a quelque chose de figé lors de ces groupes. Comme le dit B. Ravon³⁰ : « *Les intervenants "calent" toujours devant l'une des plus grosses difficultés de leur travail : tenir la durée d'un accompagnement.* » Il explique également que « *la répétition de la souffrance de l'autre est épuisante, non seulement parce qu'on ne voit pas d'issue mais aussi parce qu'elle crée un sentiment d'impuissance désespérante.* »

29 GAILLARD, G. (2010), Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort, p140.

30 RAVON, B., Vers une clinique du lien défait ? In J. ION et AL., Travail social et souffrance psychique, p 38.

« *Tenir la durée d'un accompagnement* » : on retrouve là l'idée de rester vivant, de ne pas se faire déborder par le vécu mortifère. On peut de nouveau dire « passer l'hiver ». Le groupe fonctionne en miroir des personnes de la rue, comme dans la situation évoquée. Le changement s'opère, selon moi, chez les maraudeurs lors de la séance de juillet 2013 où « fatigué » de cette compulsion de répétition, j'évoque l'idée du « palliatif » par rapport à la situation de Brahim.

Qu'est-ce qui peut traverser le groupe à ce moment-là ? Comme je l'explique dans le récit des séances, qu'elle soit fantasmée ou vécue, la mort est omniprésente dans la pratique de la maraude. Et néanmoins, elle est finalement peu évoquée, elle n'est pas symbolisée ou plutôt symbolisable par le groupe. Même lors des séances où « il n'y a rien », où les maraudeurs disent n'avoir rencontré personne, elle est sans doute là, en creux, dissimulée. Nous pouvons entendre ces évocations du vide de la façon suivante : « S'il n'y a personne [dehors], c'est peut-être qu'ils sont morts ». Le groupe est envahi par la jouissance de la mort, par ce qui passe dans la relation transférentielle avec ces personnes SDF. La tâche primaire du groupe de maraudeurs est d'accueillir psychiquement les personnes SDF comme je l'ai expliqué précédemment, de leur offrir un refuge et de rejouer ce qui est en défaut d'humanisation. G. Gaillard parlant des institutions de la *mésinscription*³¹, explique que: « [la tâche primaire] consiste à accueillir ces parts de la psyché qui n'ont pas trouvé à se symboliser dans le lien et demeurent en défaut d'adresse. Ce qui circule au mieux, au sein de ces groupes institués, c'est bien la violence mortifère attachée au symptôme. Les professionnels sont ainsi, de façon cyclique, effractés, confusionnés, morcelés, clivés par la déliaison mortifère qui s'actualise au travers de ces troubles ». ³²

Ainsi les maraudeurs, effractés par les situations de la rue, ressentent cette déliaison mortifère et l'actualisent dans le groupe *via* les liens inter-subjectifs. Cette déliaison signifie une menace que le lien du maraudeur à son « identité professionnelle » soit détruit, que le lien qui unit le maraudeur au groupe soit défait et que le lien à la personne de la rue n'existe plus, renvoyant celui-ci à son exclusion du groupe des humains. Ainsi chacun reste seul face à la mort, qu'elle soit agie (affects meurtriers) ou subie (affects mortifères). Dès lors, comment faire par rapport à la déliaison mortifère à l'œuvre ?

Tous pour un

Quand la maraude se met en place, le groupe est essentiellement dans l'*agir*. Ses membres cherchent alors la réponse collective la plus apaisante, comme par exemple distribuer des « doudounes » en plein hiver, trouver une place dans un accueil ou appeler les secours. Bien sûr, à court terme, le bénéfice narcissique de tels gestes est énorme. Mais les possibilités, pour eux, de se réfugier derrière de tels actes sont rares. En effet, la pratique de la maraude ne requiert pas un savoir technique. Dès lors, les maraudeurs sont en

31 Terme emprunté à A-N HENRI désignant des institutions interrogeant le lien qui s'établit entre un sujet désaffilié et les praticiens du social.

32 GAILLARD, G., Confidentialité et transparence, confiance et suspicion : la précarité des liens dans les groupes institués, in M. KATZ-GILBERT (dir.), Secret et confidentialité en clinique psychanalytique, p 154.

première ligne lors de l'effraction d'un vécu mortifère. Ils ne peuvent symboliser ce vécu en acte, comme peuvent le faire, par exemple, des infirmiers d'un service de réanimation³³ qui sont quotidiennement traversés par les vécus mortifères. C'est pourtant ce qu'ils demandent quand ils veulent soigner Brahim. Ceci peut être entendu comme une tentative de symbolisation. Mais sans protection, ils se retrouvent face à des vécus bruts, archaïques qui les mettent en difficultés. Le travail d'analyse de la pratique (APr) doit permettre la transformation de ces vécus et les rendre disponibles pour la pensée, c'est-à-dire symbolisables.

Comment cette transformation est travaillée dans le groupe des maraudeurs ? Si l'on s'intéresse à leur travail, à leurs accompagnements dans le temps, on note la nécessité de s'éloigner de la posture de l'agir (celle des débuts) et de préférer la posture du lien (qu'on retrouve par moments, au bout de quelques mois de travail groupal). P. Fustier expose une évolution de « l'accompagnement » dans le travail social³⁴. Pour lui, au début, dans les années 50, l'accompagnement se définit avant tout par son action avec les personnes, ce qu'il nomme « agir d'accompagnement ». On glisse peu à peu vers la notion de « *lien d'accompagnement* », à partir du moment où l'action va être « psychisée », où l'on va tenter d'en comprendre quelque chose. Il me semble que, lorsque je propose lors de la séance de juillet 2013, l'idée du « palliatif » pour Brahim, le groupe va glisser peu à peu de l'*agir* au *lien*.

Les vécus archaïques viennent effracter chaque maraudeur. D'autant que c'est une activité sans parole en dehors du lien à la personne SDF et encore, même là, la parole manque parfois. On retrouve ici encore l'idée de la déliaison mortifère à l'œuvre. Je fais l'hypothèse que c'est le temps de reprise tous les mois en APR qui va permettre le glissement évoqué plus haut.

Tout d'abord, l'élément qui va permettre au groupe de se défaire de la déliaison mortifère se joue entre l'intervenant en APR et les membres du groupe. En effet, l'intervenant devra témoigner, dans un premier temps, d'une capacité de résistance et d'abstinence. Il doit prouver au groupe qu'après avoir été mis en présence du potentiel destructeur des situations rencontrées, il se maintient, il reste debout (symbole de vie) et s'abstient de toutes représailles en retour³⁵. C'est ce qui est à l'œuvre quand, dans la vignette clinique, je précise que l'on nous invite avec l'infirmière « à faire », « à nous imprégner de ces odeurs » et qu'il nous faut nous aussi « passer l'hiver ».

Ensuite, le groupe doit se dégager de l'affirmation « il faut le soigner ! Il ne passera pas l'hiver ! », qui témoigne du désir qu'ont les maraudeurs de transformer l'autre de la rue par leur seule volonté. Une des impasses que l'on rencontre dans le travail

³³ Voir l'illustration de ce phénomène dans l'article : Aissani, L ; « Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 87, no. 4, 2006, pp. 140-149.

³⁴ FUSTIER, P., Le lien d'accompagnement, in *Rhizome* n°20, pp 12-13.

³⁵ G. GAILLARD parle de « mettre en œuvre une abstinence "suffisante" » in GAILLARD, G. (2010), Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort, p142.

d'accompagnement consiste à faire passer son désir de transformation de l'autre avant l'accueil de la parole de celui-ci, quel que soit le temps nécessaire à son expression. Cet empressement de transformation est d'autant plus vrai dans le travail de rue que les maraudeurs sont traversés par la notion d'urgence vitale. Mais ils rentrent alors dans un mécanisme de déni de la jouissance mortifère à l'œuvre dans la situation. Ainsi, c'est à partir du moment où un des membres du groupe va pouvoir reconnaître cette part déniée de l'humanité de « l'autre de la rue », à partir de sa propre impuissance, que du partageable va pouvoir exister. Dans la vignette clinique, je fais l'hypothèse que suggérer l'idée du palliatif va permettre aux membres du groupe d'éprouver leur vécu d'impuissance et de pouvoir le communiquer entre eux.

A partir de là, la relation à l'autre peut être psychisée, pensée. C'est dès l'instant où elle devient représentable, symbolisable, que vont se faire les liens intersubjectifs. Au début dans le groupe maraude, l'effraction massive des vécus de mort, « agite » les bénévoles et entraîne un repli des professionnels sur leurs structures d'appartenance. Il a fallu remettre au centre du groupe non pas les actions mais le vécu de celui-ci pour que le partageable émerge et éventuellement se décline en « actes de soins ».

Un des exemples concrets de cet accès à la représentation et au partageable qui en découle, c'est tout le travail sur l'hygiène auprès de Brahim. Comme je l'ai précisé, c'est suite à l'évocation du palliatif que le travail à plusieurs se pense autour d'un soin : la douche. Ce geste qui renvoie aux premiers soins de la mère vers l'enfant, va permettre non seulement l'instauration d'un lien avec Brahim, mais aussi entre les maraudeurs, puisque quelque chose d'une continuité de travail démarre alors. On peut observer dans ce soin le retournement des affects de haine et/ou de honte qu'avaient pu alors ressentir inconsciemment les membres du groupe. Ceci est possible à partir du moment où la déliaison mortifère est prise en compte.

La dimension groupale est essentielle dans cette élaboration. Il faut passer par d'autres modalités de travail, en permettant au groupe et à chacun de ses membres à la fois de se représenter son rôle, sa place (à partir de la tâche primaire) et de se représenter la situation de la personne à travers la résonance groupale.

Après la situation de Brahim, les maraudeurs vont toujours éprouver des problèmes, mais ils acceptent de les livrer au groupe. Celui-ci, malgré sa bienveillance, peut être critique (au sens de Kant). Mais c'est justement là, dans ces joutes verbales, que se fonde leur groupalité, c'est-à-dire que le groupe devient une enveloppe sécurisante. Tout comme en escalade où pour pouvoir monter sur une paroi difficile une personne doit se savoir assurée par un autre pour éviter une chute qui peut s'avérer mortelle, cet ajustement permet qu'un maraudeur accepte de se perdre dans cette part déniée de l'humanité des personnes de la rue car il a l'assurance qu'il sera tiré hors de cette confusion mortifère par les membres du groupe.

Les problèmes évoqués par chacun sont souvent à l'origine d'une réactualisation des vécus mortifères qui viennent éprouver le groupe. G. Gaillard résume cela en disant :

« Le narcissisme groupal se construit dans la lutte menée contre le triomphe de la déliaison mortifère. C'est à partir de la limite de chacun, du partage de l'éprouvé d'être démuné dans la rencontre avec les "usagers", que la groupalité professionnelle trouve à se constituer, chacun étant amené à témoigner, dans l'après-coup de ses difficultés, voire de ses mises en faillite dans le lien avec l'un ou l'autre des "usagers"³⁶. »

La dernière séance que je partage avec ce groupe constitue, de ce point de vue, une illustration de ce processus. Ce jour-là, un grand nombre de maraudeurs déposent dans le groupe leur « vécu d'inutilité ». La distinction que je repérais souvent, entre professionnels et bénévoles, n'apparaît pas – ou peu – cette fois-là. Les différents membres semblent sur un pied d'égalité, ce qui n'a pas toujours été le cas.

A ce moment-là, le groupe dans son ensemble accepte de souffrir pour restaurer, un tant soit peu, les personnes qui le composent. C'est ainsi qu'un maraudeur conclut le groupe en évoquant, pour la première fois en trois ans, son vécu par rapport à la mort d'un SDF qu'il a découvert lors d'une maraude. Le lien coupé, clivé pendant tout ce temps est maintenant renoué. Les éléments circulent, le groupe associe et d'une séance à l'autre quelque chose perdure...

Conclusion

A partir du constat que pour rencontrer une personne SDF il faut se confronter à des affects mortifères (voire meurtriers), j'ai montré comment la déliaison s'opérait. C'est ainsi que chaque professionnel, maraudeur se retrouve isolé, muré dans le silence. La mise en place d'un travail groupal (de type analyse de la pratique mais aussi par du travail en commun) permet en deux temps d'opérer un changement dans le lien d'accompagnement. Tout d'abord par l'intervenir en résistant et en s'abstenant de toute attaque en réponse aux évocations « destructrices » du groupe. Puis en permettant au groupe de partager, de mettre en mot ce que l'on ne peut pas dire, ce qui révèle de son impuissance. Ainsi, le groupe renoue avec les liens clivés, coupés. Nous pouvons alors conclure que le « *travail de soin [avance quand] une équipe a la capacité, de donner à la mort une place*³⁷. »

36 GAILLARD, G., La professionnalité et la menace de disqualification, Rhizome n°33.

37 GAILLARD, G. (2010), Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort, Cahiers de Psychologie Clinique: Groupe et Individu, p 137.

Bibliographie

Fustier, P. (2005), Le lien d'accompagnement, *Rhizome* n°20, pp 12-13.

Gaillard, G. (2008), La professionnalité et la menace de disqualification, *Rhizome* n°33.

« Donner à la mort une place. Les groupes institués et la présence déliante de la pulsion de mort », *Cahiers de Psychologie Clinique: Groupe et Individu*, 2010, Bruxelles, De Boeck, pp 135-154.

Confidentialité et transparence, confiance et suspicion : la précarité des liens dans les groupes institués, in KATZ-GILBERT M. [dir.], *Secret et confidentialité en clinique psychanalytique*, 2013, Paris, In Press, pp. 151-172.

Kaës, R. (2007), Le deuil des fondateurs dans les institutions : travail de l'originnaire et passage de génération, in O. NICOLLE, R. KAËS & al., *L'institution en héritage*, Paris, Dunod, pp 45-74.

Ravon, B. (2005), Vers une clinique du lien défait? in J. ION et al., *Travail social et souffrance psychique*, pp. 25-58.

Terrolle, D. (2002). La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable, *Études sur la mort*, no 122,(2), pp. 55-68.

∞ Conclusion de la journée

Adrien Pichon, Psychologue, Orspere-Samdarra, Lyon

Peut-être qu'il ne faut pas conclure cette journée sur la mort justement comme une espèce d'ultime acte de résistance dont on parlait ce matin. Jean Furtos disait ce matin : « La mort n'existe pas ». En tout cas on voit bien qu'elle nous a fait parler, nous a fait réfléchir même en tant que concept, ou en tant que réalité partagée. C'est vrai que nous n'avons pas eu une personne concernée, on a essayé d'inviter un chercheur mort, mais il ne pouvait pas se libérer. On pourrait dire que même si c'est un concept, en tout cas il y a quelque chose de constitutif de l'humanité dans la question de la mort, du traitement de la mort en tant qu'elle nous rend tous précaires d'une certaine manière. Nous sommes tous égaux face à ça, même si effectivement, nous voyons que l'accès aux soins crée un certain nombre d'inégalités qui se rejouent aussi dans le rapport à la mort. Nous avons également parlé de notre rapport à la technique, à la science, à la médecine, qui est probablement dirigé par un besoin de maîtrise de cette question-là ainsi que de la spiritualité, notre rapport à l'espoir, la question du sens de la vie, la question des rites qui sont quand même au fondement de l'anthropologie il me semble. Notre rapport à l'art est aussi probablement vectorisé par la question de la mort. En tout cas, je souscris entièrement à ce qu'a dit Daniel Terrolle ce matin : la mort, c'est quand même quelque chose de scandaleux. Personnellement, il y a très longtemps que j'ai décidé que je ne mourrai pas, de refuser cette espèce d'arnaque, mais bon, on verra si ça marche... Je pense que dans cette dimension scandaleuse il y a peut-être aussi la manière de réagir face à ce scandale : soit sur le mode du déni dont on parlait lors de la deuxième table ronde, soit sur le mode peut être d'un traitement digne de cette question scandaleuse. Cette question du traitement digne de la mort est peut être le point commun de nos identités de « soignant », d'« accompagnant ». Lorsque l'on repense au mythe fondateur du travail social d'Antigone, il s'organise autour de la question du traitement de la mort et de la dignité humaine. Et on peut même se dire que la recherche, comme activité de mise en sens, est sans doute en grande partie motivé par un rapport problématique à la mort, ou à l'origine, l'alpha et l'oméga et la même question au final.



Orspere-Samdarra Observatoire-Ressource national Santé mentale et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

Organisation

Nicolas Chambon, sociologue, responsable de la recherche
Adrien Pichon, psychologue
Mathilde Sorba, sociologue, chargée d'étude
Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Relecture

Adrien Pichon, psychologue
Mathilde Sorba, sociologue, chargée d'étude
Maëlle Chiron, consultante sociologue
Stéphanie Brochot, assistante médico-administrative

Sous la direction de

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

Avec le soutien

de la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.