Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat en Psychologie
Université de Rouen

Ce qu'errer veut dire. Etude psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept *d'errance essentielle.*

Présentée et soutenue par
Olivier Jan

Thèse soutenue publiquement le 16 décembre 2016 devant le jury composé de		
Monsieur Olivier Douville	Maître de Conférences, Université de Nanterre	Examinateur
Monsieur Didier Drieu	Professeur des universités, Université de Rouen	Examinateur
Monsieur Bernard Duez	Professeur émérite des universités, Université de Lyon-II	Rapporteur
Monsieur Georges Gaillard	Professeur des universités, Université de Lyon-II	Rapporteur
Monsieur Pascal Le Maléfan	Professeur des universités, Université de ROUEN.	Directeur de thèse

Thèse dirigée par
Pascal Le Maléfan
Laboratoire PSY-NCA : Laboratoire Psychologie et Neurosciences de la Cognition et de L'Affectivité (E.A. 4700).

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

ÉCOLE DOCTORALE 556 HSRT

Psychologie Neurosciences Cognition Affectivité

Résumé

Ce qu'errer veut dire. Etude psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept *d'errance essentielle.*

Nous cherchons à cerner/discriminer ici ce que peut être l'errance à partir des cliniques de la rue dans notre société, à l'heure actuelle. L'errance est souvent confondue avec *le fait SDF*, ce qui s'avère abusif sur le plan psychopathologique et en se fondant sur une définition restrictive de l'errance comme *évolution existentielle sans but.* L'étude de psychopathologie fondamentale menée ici se fonde sur des observations cliniques réalisées dans le cadre d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) et du travail partenarial fondé sur le «transfert de transfert ».

La recherche explore d'abord la manière dont les SDF, vagabonds d'aujourd'hui, sont considérés socialement. Ce point importe comme préalable à notre travail puisqu'il précise le rejet/l'ambivalence culturel/le vis-à-vis de qui semble être en errance, de qui mène sa vie dans l'espace public. Les préjugés sont à déjouer au plus, posons-nous, pour un abord au plus objectif et la possibilité de rencontres. Il nous faudrait apprendre à ne plus rejeter ces hommes et femmes incarnant l'anti-modèle social pour ce faire, ce qui tient de ce que nous appelons un « effort non naturel » puisqu'allant à l'encontre du contre-transfert social ordinaire, intériorisé par tous (et donc par nous-mêmes, cliniciens, aussi).

La seconde partie, après avoir précisé ce que peut être la vie à la rue, compare les différents types de personnalités que nous pouvons rencontrer dans l'exercice des EMPP. Elle se poursuit par la confrontation d'entités psychopathologiques souvent confondues, à tort, avec l'errance.

Enfin, nous utilisons les conceptions de certains auteurs psychanalystes ou référés à la pensée freudienne, pour tenter de cerner ce que serait la dynamique ou *l'adynamique* interne *du sujet en errance authentique, totale*: sujet en peine de subjectivation, empêché, en suspens, privé de pensée réflexive, condamné/se condamnant à la répétition, à l'évolution dans un temps circulaire, au rabat opératoire… Nous le positionnons comme un sujet vide, handicapé dans toute possibilité d'investissement narcissique et d'investissement d'objet, resté arrêté par la plongée précoce dans un vécu agonistique comme un survivant. Nous proposons le concept *d'errance essentielle* en le définissant comme une dynamique existentielle pathologique issue d'un contexte traumatique précoce ayant remplacé la possibilité normale d'accès au vivant par une condition apparaissant définitive de survie fondée sur l'impossibilité d'accroche vraie à l'autre. L'errance essentielle fait vivre paradoxalement, de façon mortifère, en condamnant son porteur à ne pas acquérir, à ne pas (se) développer, à ne pas construire, le maintenant dans des non-liens, des non-sens par lui seulement acceptables, à une vie sans projet, sans désir, dans laquelle la subjectivation n'advient que très partiellement. Organisée autour de ce vide fondamental, *de cette survie,* l'errance essentielle conduit très sûrement à la désocialisation extrême, à la marginalisation grave, raccourcit la durée de vie.

Nos conclusions vont d'une part dans le sens d'un travail de prévention clinique et d'accompagnement précoce pour les enfants ayant effectivement vécu des traumatismes graves et développant *une non accroche* dès leurs jeunes années. D'autre part, concernant les errants essentiels adultes, l'intérêt d'une vigilance clinique et de lieux de vie institutionnels, sans ambition inaccessible pour eux, sont préconisés. Nous soutenons l'intérêt de favoriser leurs expressions créatives.

Mots clés :

Contre-transfert social, dynamiques/logiques de survie, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), errance, errance essentielle, grande exclusion, grande précarité, pathologie narcissique, Sans Domicile Fixe (SDF), urgence sociale, vide interne, vécu agonistique précoce.

Abstract

What wandering means. Psychopathological and Anthropological study of wandering from observations about big precariousness. Proposition of concept : the essential wandering.

We try encircle/to discriminate here what can be the wandering from psychological observations of the street in our special psychiatric team nowadays. The wandering is often confused with the homeless fact, what turns out excessive on the psychopathological plan and by basing itself on a restrictive definition of the wandering as an aimless existential evolution. The study of fundamental psychopathology led here establishes itself on clinical observations realized within the framework of a Mobile Team Psychiatry Precariousness And of the partnership work based on the "transfer of transfer".The research explores at first the way the homeless people, the tramps of today, are socially considered. This point matters as prerequisite for our work because it specifies the reject/the cultural ambivalence towards whom seem to be in a wandering situation, of whom lives his life in the public space. The prejudices have to be thwarted in most for the more objective access and the possibility of concrete meetings. It would be a necessity for us to learn not to reject anymore these men and women who are representing the social « anti-model ». This is what we call a "not natural effort" because going against ordinary social transfer, interiorized by all.

The second part, having specified what can be life in the street, left comparative clause between the various types of personality whom we can meet in the exercise of the Mobile Team Psychiatry Precariousness. It continues by the confrontation of pathologic entities often confused wrongly with the genuine wandering.

Finally, we use the designs of certain authors, psychoanalysts or referred to the Freudian thought, to try to identify what would be the dynamics or the adynamic interns of the subject in authentic, total wandering: grieving subject of subjectivation, prevented, unsettled, deprived of reflexive thought, condamned or who condamn himself to sentencing to the repetition, to the anevolution in a circular time, to the operating thought (a conception of french school of psychosomatic) …

We position him as an empty subject, handicaped in any possibility of narcissistic investment and object investment, remained stopped by the premature dive in a real-life experience agonistique as a survivor. We propose the concept of essential wandering so by defining him: a pathological existential dynamics stemming from an early traumatic context having deplaced the normal possibility of access to the alive by a condition that seem to be definitive of survival based on the impossibility of catcher in the other one. The essential wandering makes live paradoxically, in a mortiferous way, by condemning its carrier not to acquire, not to develop, not to build, him now in non-links, nonsense by him only acceptable, in a life without project, without desire, in whom the subjectivation happens only very partially. Organized around this fundamental vacuity, around this survival, the essential wandering leads very certainly to the extreme desocialization, to the grave marginalization, shortens the life expectancy.

Our conclusions go on one hand to the direction of a work of clinical prevention and early accompaniment for the children having actually lived the grave traumas and developing a non-catcher from their young years. On the other hand, concerning wandering grown-up main things, the interest of a clinical vigilance and institutional places of life without inaccessible ambition for them are recommended. We support the interest in favoring their creative expressions.

Keywords :

Big exclusion, essential wandering, logical of survival, Mobile Team Psychiatry Precariousness, narcissistic pathology, precoce agonistic lived, psychological void, social counter-transference, social emergency, wandering.

Remerciements

A Pascal Le Maléfan, pour avoir accepté de diriger ma recherche. Psychologues et collègues dans le même hôpital longtemps, ayant souvent échangé et travaillé sur les thématiques du Collège des psychologues et de l'Association connexe, l'ARIPCHR, soit l'Association de Recherche et d'Information en Psychologie du Centre Hospitalier du Rouvray montée ensemble, notre relation est restée dans la continuité de ce lien avec le travail de thèse. Merci Pascal pour tes suggestions, tes ponctuations, tes bornages et tes encouragements, d'avoir su encadrer un « vieux psychologue » avec patience et selon une habile méthode non-directive. Tu as conservé ta sérénité y compris face au maintien long d'idées chevelues et désordonnées, je t'en remercie très sincèrement.

A Olivier Douville qui a accepté de faire partie du jury de thèse et que j'ai beaucoup lu, écouté en conférences, avec qui j'ai pu dès avant la thèse échanger sur les questions relevant de l'errance et de l'ethnopsychiatrie. Merci à lui au-delà pour l'énergie qu'il met dans ses contributions qui motive même les anciens de la profession.

A Bernard Duez qui a accepté de faire partie du jury de thèse. Bernard Duez a fréquenté lui aussi les lieux ayant porté la réflexion sur l'exclusion et la désocialisation il y a une quinzaine d'années, a encadré des thèses sur ces thématiques. Il nous a été possible, par le CIPA, Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie au printemps 2015, de commettre des conférences la même après-midi.

A Georges Gaillard qui a accepté de faire partie du jury de thèse, Georges Gaillard qui avait accepté jadis d'intervenir dans une journée d'étude de l'ARIPCHR sur le thème du Contre-Transfert.

A Didier Drieu qui a accepté de faire partie du jury de thèse, Didier Drieu qui arrive en 2016 en tant que Professeur à l'Université de Psychologie de Rouen après avoir été longtemps enseignant à l'Université de Caen et qui manifeste depuis longtemps un intérêt pour les cliniques de la précarité.

A tous les membres du laboratoire Psy-NCA et plus particulièrement aux étudiants et professeurs de l'équipe TIF, Traumatismes Individuels et Familiaux. J'ai pu me rendre compte progressivement de l'intérêt, malgré les divergences des études dans leur méthodes et leurs thématiques, d'une mise en commun d'exposés permettant le commentaire libre, la critique. Les apports d'autrui sont les bienvenus dans ce type de collectif.

A mes jeunes collègues thésards que je félicite pour le sérieux de leur travail, leur implication, et pour leur capacité de détente. Clin d'œil plus particulier à Julie Chevalier et Gaétan Langlard, eux aussi dirigés par Pascal, et dont les thématiques de recherche sont proches de la mienne. Ce fût un plaisir, sincèrement, au-delà des bières. Merci Gaétan pour tes aides techniques à l'inscription en ligne !

Remerciements par ailleurs, hors du monde universitaire, à Anne-Lise et Emmanuel Diet qui comptent comme un soutien permanent, « de tout là-bas » maintenant...
Anne-Lise qui fût mon Maître de stage dans le service du Docteur Audisio, année

1987… Anne-Lise et Emmanuel qui ont apporté leurs grandes qualités de réflexion et leur convivialité à l'ARIPCHR bien des années. Merci aussi aux actuels de l'Association qui ont pris souvent patience de m'écouter et de me donner leur avis sur mes positions.

Enorme clin d'œil à tous *mes* collègues de l'UMAPP : non, pas seulement *mes* « sœurs en psychologie » que sont Isabelle Conseil et Marie-Pierre Colombé (je vous embrasse) mais aussi *mes* médecins (Alain Gouiffes et Christian Festa, mais aussi Liezide Brahmi, Cherif Ben AÏssa, Kader Ould Ouali, Sandra Guigueno, Elsa Forest, Myriam Olari. Une pensée plus particulière pour le Docteur Hussam Kabakebji qui, après ses bons et loyaux services à l'UMAPP où il soignait gueux et migrants traumatisés, est reparti en Syrie où commençait la guerre. Sa ville, Alep, est détruite et son espoir entamé, ayant dû se réfugier ailleurs récemment. Hussam, la folie humaine n'est pas que psychiatrique. Solidarité et fraternité). Mais aussi *mes* cadres infirmiers, Jean-Claude Laumonier, Myriam Rouland, Francis Abraham, Céline Viandier. Mais aussi *mes* secrétaires, Lydia Rioche, Aïssatou Touré, Myriam Hildéral: sans vous, point de salut ! Mais aussi *mes* infirmières et infirmiers :
Isabelle Grisch, René Navarette, Claire Rimbault, Suzanne Langrez, Laurent Freyermuth, Virginie Houssaye, Agnès Coste, Nicolas Vial, Barbara Grésil, Julie Baret, Christel Silvestro-Teissonière, Patrick Sapovicz. Les qualités relationnelles et d'échanges entre nous jusqu'à présent ont permis nos ébauches de compréhension, nos petites découvertes. Il reste encore à faire et bien des personnes à aider sur le terrain SDF. Puisse l'hôpital de demain permettre encore ce qu'il rendit possible hier et ce type d'ambiance : sérieusement détendue… Merci à tous pour la satisfaction d'avoir travaillé avec vous, pour votre attention aux patients, pour votre réflexion concernant l'accueil chez nous et dans les lieux de nos collègues du social.

Salutations aux collègues du travail social avec lesquels nous travaillons quotidiennement : ceux du Carrefour Des Solidarités d'abord, ceux d'Emergence(s), ceux du Centre Communal d'Action Sociale, ceux de l'Armée du Salut, du CAPS, … Sans vous, point de salut.

Je remercie tous mes patients, y compris ceux qui ne paraissent pas dans cette étude. Ce que je sais, je vous le dois largement. Merci pour votre confiance.

Enfin merci à Magali, mon épouse, mes trois grands enfants: Louison, Camille et Julien. Supporter un étudiant tardif, un étudiant de plus, ne fait pas partie des lignes classiques. J'espère ne pas avoir fait peser excessivement sur notre vie ces dernières années…

TABLE DES MATIERES

Résumé……3

Abstract……4

Remerciements……5

TABLE DES MATIERES……7

Avant Propos……19

INTRODUCTION GENERALE ……20

I Prolégomènes : rencontres cliniques……21

I-1 Service d'alcoologie ……21

I-2 Service de neurologie……22

I-3 Service de psychiatrie……24

I-4 Consultations publiques en Centre Médico Psychologique, public tout venant……24

II Définitions de l'errance et phénomènes humains introductifs……26

II-1 Définitions communes de l'errance et notions immédiatement voisines……26

II-2 Total sur les définitions usuelles ……27

II-3 Quelques figures emblématiques l'errance habituellement véhiculées dans notre culture et commentaires…. ……28

II-3-1 Le chevalier errant……28

II-3-2 le juif errant ……29

Association extensive sur les chemineaux…… ……30

II-3-3 le gitan, le manouche, le bohémien ……31

II-3-4 Le clochard……33

II-3-5 La galère moderne : zonards, SDF, routards ……34

II-3-6 Aperçu d'autres formes récentes de vie dehors……35

II-3-7 « L'errance fabriquée » : demandeurs d'asile, déboutés sans papiers, clandestins sur le territoire national……36

II-3-8 Commentaire psychopathologique sur cette partie ……37

III – Objet de recherche, problématiques et hypothèses……37

III-1 Versant anthropologique de la recherche..……..38

III-2 Versant clinique de la recherche……..40

IV- Méthodologie……..42

V- S'intéresser à l'errance sous l'angle de l'exclusion et depuis une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (l'UMAPP à Rouen)…….45

V-1 Eléments de société ayant précédé et indirectement contribué à la création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité…….46

V-2 Contexte global: état du monde social avant la création de l'UMAPP, préoccupations psychologiques et sociales en France dans les années 1990, « découverte » d'une société précarisée/ précarisante……49

V-3 Préalables locaux sur Rouen…….53

V-4 Fonctionnement de l'UMAPP……..56

V-4-1 L'accueil..……..57

V-4-2 Consultations……..57

V-4-3 Permanences dans des lieux sociaux et « l'aller vers » ..……..57

V-4-4 Un modèle éloigné de la notion d'urgence où il faut paradoxalement « prendre son temps hâtivement »……58

V-4-5 L'aide aux aidants ……58

V-4-6 Equipe de soins pluridisciplinaire…….59

V-4-7 Une pratique « libre », ouverte ……..60

V-4-8 Travailler avec les autres, dans leur univers……60

V-4-9 Intérêt de la recherche clinique et du partage avec hors l'UMAPP……..60

V-5 Principes actifs pour l'application d'un travail partenarial authentique……..61

V-5-1 L'annonciation (dans le champ anthropologique)……63

V-5-2 Le travail d'annonce réalisé par le travailleur social dans le champ de la grande exclusion et en contexte de travail partenarial : notion de *transfert de transfert* à partir d'une fiction relationnelle heuristique.....64

Deux commentaires……..66

VI– Plan de la recherche……67

CHAPITRE I

FORMATION CULTURELLE D'UNE PENSEE STANDARD AMBIVALENTE SUR CEUX QUI SEMBLENT ERRER. REPRESENTATIONS ET PREJUGES CONCERNANT LES PERSONNES DITES EN ERRANCE…….70

Introduction : un détour anthropologique nécessaire (si les mots ont un sens)……...71

I-1-1 Concept de culture et fonction de la culture pour l'individu…..…… ……...72

Focus sur *la personnalité de base et la personnalité statutaire* de Ralph Linton……74

Commentaire : réflexions introductives pour la place de l'ambivalence et du négatif social vis-à-vis des errants…….....75

I-1-2 Aspects de l'inconscient groupal…….....76

I-1-3 Georges Devereux. Une double structuration de l'inconscient humain: « ethnique » et idiosyncrasique. Modalités de l'intériorisation de l'inconscient ethnique……77

Nouvelle part de discussion (avec Olivier Douville) sur l'intérêt de la notion d'inconscient ethnique……..80

I-2 Stéréotypes et préjugés……..81

I-2-1 Stéréotypes…….....81

I-2-2 Préjugés……..82

I-2-3 Fonction des stéréotypes et préjugés……. …….....83

Commentaire sur le racisme et sur les réactions ordinaires, en contexte intra-culturel et endogroupe, vis-à-vis des personnes manifestement désocialisées, SDF…….....84

I-2-4 Racisme en sciences sociales et cliniques……...84

Commentaire……...85

I-3 Transfert, Contre-Transfert et notion de contre-transfert culturel/social ……..86

Première Transition……..88

I-4 Apports historiques d'Alexandre Vexliard sur le vagabondage et l'errance…….....88

I-5 Les personnes errantes en Europe et en France depuis le moyen-âge selon le travail d'historien d'André Gueslin (2013)……..91

I-5-1 Première époque: le Moyen Âge……...92

I-5-2 Fin du Moyen Âge…….....93

I-5-3 Vers une diabolisation des errants…….....94

I-5-4 XVIIème-XVIIIème siècles……..95

I-5-5 XIXème siècle……...95

I-5-6 Représentations des errants depuis le XIXème……..96

I-5-7 XXème siècle : « disparition » des vagabonds, intronisation du clochard, jusqu'aux années 1970 et éclosion de formes nouvelles de vies SDF……..98

Fin des vagabonds et installation de la figure du clochard en ville……...98

Des « vagabonds » dans l'âme ?.....99

Mythes actifs sur les errants..……100

I-5-8 Culture(s) SDF, culture(s) dominée(s)…….. …….....101

Imaginaire pauvre/imaginaire du pauvre……..101

Seconde Transition……103

I-6 L'image standard de l'errant urbain clochard dans une chanson contemporaine de Claude Nougaro……...103

I-7 L'errant manifeste, figure de l'indésirabilité sociale, de l'anti-modèle. Suite des réflexions sur l'ambivalence et le négatif social vis-à-vis des personnes dites en errance…….....105

I-7-1 Préambule: l'étude sociologique de Marie Loison-Leruste……..106

Commentaire……107

I-7-2 Logiques sociales de l'exclusion des indésirables. Notions complémentaires « d'aide non naturelle » des exclus et « d'héroïsation narcissique » des aidants……108

Apports de Jean Maisondieu…….....109

Le syndrome d'exclusion de Jean Maisondieu (1997).……110

« La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide » (2010)……111

Apports d'Olivier Douville sur la notion de paria…….....113

I-7-3 Faire souffrir, attaquer, maintenir exposé, sacrifier le négatif représenté par l'anti-modèle……114

I-7-4 Hébergement minimal : abri digne ou non-lieu pour l'individu et son éventuelle ré-individuation?.....117

I-7-5 Prise en compte décalée de la réalité psychique et sociale de l'individu SDF à aider. Toujours aider insuffisamment à côté des besoins? Et les travailleurs sociaux?.....118

I-8 Exemple institutionnel: contre-transfert à l'hôpital vis-à-vis des « indésirables » (de la rue)……120

I-9 Réflexions à propos du traitement institutionnel de l'ambivalence et du négatif social dans une EMPP telle l'UMAPP……...124

CHAPITRE II

SEMEIOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE COMPARATIVE PREALABLE A L'ISOLEMENT DE L'ERRANCE AUTHENTIQUE…….125

A Première Partie : Les cliniques des « errances » manifestes (actives/comportementales) dans le champ de la grande précarité…….126

Introduction……126

II-1 Cliniques de la grande précarité et notions sur le *vivre à la rue* ……..127

La rue……127

II-1-1 L'intime de l'être dans le vivre à la rue……..128

II-1-2 Essayer de considérer l'intime……128

II-1-3 Catégorisation schématique des personnalités à la rue……130

II-1-4 Retour vers la question de l'intimité et de l'intime……131

II-1-5 Quels liens amicaux?……132

II-1-6 L'intervention psy sur le temps de la rue : approche envisageable et visées……134

II-1-7 Le refus de soins en contexte de grande exclusion……138

II-1-8 Le refus de soin disséqué……139

II-1-9 Vers une redéfinition du soin psychique……140

II-1-10 Examen du « refuseur » de soins……141

II-1-11 Questions à partir des EMPP sur le soin psy et le refus de soin dans la grande précarité……142

II-2 Les habitants les plus voyants de la rue : les clochards……143

Complément sur le *terme* clochard……144

II-2-1 Les Clochards non psychotiques……145

II-2-2 Le syndrome d'auto-exclusion de Jean Furtos……145

II-2-3 Les clochards psychotiques semblant avoir « choisi » la rue comme mode de vie……147

II-2-4 La psychiatrie et les psychotiques……149

II-2-5 Différences entre clochards et clochards psychotiques à la rue……149

II-2-6 Différences entre psychotiques à la rue et psychotiques hospitalisés……150

II-2-7 Deux cas de patients psychotiques ayant connu la rue……151

Le cas de Slimane……151

Le cas de Maurice: une psychothérapie surréaliste……152

Première Période : rencontre, conditions de vie ; types d'entretiens, contenus d'entretiens……152

Seconde période : rencontres fortuites, simples visites au groupe café de l'UMAPP……154

Troisième période : psychothérapie……155

Commentaire sur le cas de Maurice……160

II-3 Les jeunes dits en errance…….....162

II-3-1 Contexte social actuel……...162

II-3-2 Psychopathologie des jeunes dits en errance……..163

II-3-3 Jeunes en errance : un contre-transfert plus particulier parmi les personnes considérées en errance ?..... ……166

Contre attitude angoissée face aux jeunes en errance……..167

Souvenir personnel……..167

Commentaire……167

Qu'est-ce qu'un jeune non en errance?.....168

Tous les jeunes nous préoccupent, certains moins que d'autres…....170

L'angoisse de la mort et le sens de la vie……...170

Addendum avec Olivier Douville……...171

II-4 Les errants contraints: les demandeurs d'asile à la rue et dans l'urgence sociale…….....171

II-4-1 Considérations sur l'état de l'accueil des demandeurs d'asile depuis 15 ans en France depuis l'observatoire d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité……..172

II-4-2 Les CADA, Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile……173

II-4-3 La vie ici après l'incertitude……..174

II-4-4 Le Care et l'aide psychologique dans ce moment de « coincement externe »……...174

II-4-5 Les déboutés du droit d'asile……...175

Mohamed……..177

II-4-6 introduction à la notion de dynamique de survie à partir de la clinique des étrangers gravement traumatisés rencontrés à l'UMAPP sur le temps de l'urgence sociale……179

Le cas de Baptiste…….....181

II-5 Alcool, addictions et gens de la rue……..182

Le cas de Kurt : sortie d'alcool et de la rue d'un ancien « clochard »……184

II-5-1 Eléments à considérer pour l'aide au contrôle ou à l'arrêt des addictions pour les personnes relevant de la grande précarité……187

II-5-2 Accueillir avec l'alcool en institution : l'exemple de l'Unité de la Reconquête de l'Autonomie Sociale à Rouen…….....187

Eloge de l'entropie?.....188

Deux cas cliniques : le cas d'Archi et celui de Benoît……189

Chronicité……..195

Répondre à la non-demande……..196

II-6 Névrosés dans l'urgence sociale ……..197

Deux cas cliniques : Noël et Jonas……198

II-7 Démence et errance……204

Clémentine……204

Yvan……204

II-8 Aspects particuliers de la parentalité dans l'urgence sociale……209

II-8-1 Parentalité des *personnes isolées* dans l'urgence sociale……211

II-8-2 Parentalité de parents accompagnés de leurs enfants durant l'urgence sociale…… 214

II-8-3 Désir d'enfant et désir de parentalité dans l'urgence. Devenir parent à l'occasion de la galère ……214

II-8-4 Ouvertures concernant la question de la parentalité en grande précarité sociale aujourd'hui……219

B Seconde partie: l'errance par confrontation psychopathologique à ce qu'elle n'est pas……221

Préambule phénoménologique et questions cliniques ……221

Introduction……221

Exemple de Günther : toujours la même galère ……221

Commentaire sur l'errance à partir du cas de Günther……223

Exemple clinique de Vanil : éléments issus du côtoiement et du suivi psychologique de ce patient sur plus de 10 ans……223

Présentation……224

Témoin de près de 15 ans de rue et d'urgence sociale……225

Présentons des textes ou extraits de trois chansons de Vanil……227

il est trois heures ……227

Libellule I……228

Demi-siècle……229

Suite des éléments phénoménologiques: l'errance comme « sur-place conservateur ». Moins de suicide chez les SDF qu'en population générale……230

Proposition d'images parallèles……231

Le sur place : immuabilité……231

La conservation apparente……232

Limite de nos comparaisons … ……232

L'errance, un non-dit du sujet pour lui-même relevant d'une pensée réflexive défensivement indisponible……233

Errance et résistance à la nouveauté……234

Errance et processus « auto-calmants »: l'acte et le mouvement comme défense……235

II-9 Errance et ennui……..236

Commentaire……237

Exemple clinique de Gilles : une vie sans l'ennui ?.....239

II-10 Errance et déréalisation : sentiment d'étrangeté, dépersonnalisation, inquiétante étrangeté……...241

Exemple clinique de résolution spontanée d'un état de déréalisation et dépersonnalisation oniroïde : le cas de Stéphane…...244

II-11 Errance et désorientation temporo-spatiale/démence/pathologies neurologiques……245

Le cas d'Adrien……..245

Retour sur Yvan……246

Commentaire……246

II-12 Errance et fugue……...246

Commentaire comparatif fugue/errance……...248

Exposé du cas de Sophie……...250

II-13 L'Errance en tant que « pathologie de l'agir » : recours à l'acte et manque de mentalisation. Apports des psychosomaticiens.....251

Commentaire……255

II-14 Errance et notion de crise……..256

Qu'est-ce qu'une crise……...256

En psychopathologie……256

Le travail de la crise……..256

Déroulement/phénoménologie de la crise……257

Environnement et crise……257

Commentaire sur errance et crise……....258

II-15 Errance et trouble du narcissisme de type état- limite……..259

Premier commentaire ……....260

Les Etats Limites pour Jean Bergeret……...260

Second commentaire……263

Exemple clinique de Mike……...263

II-16 Errance, fuite, évitement……....265

Commentaire……266

Exemple de fuite non névrotique : Carmen……267

II-17 Errance et voyage pathologique……269

Exemple clinique de voyage pathologique : Daisy……269

Commentaire sur le cas de cette patiente……269

Autre exemple clinique : le cas de Vadoue……270

Commentaire concernant Vadoue……270

Commentaire sur le voyage et les voyages pathologiques……271

II-18 Errance et masochisme. Errance et traumatisme. Errance et compulsion de répétition……272

Errance et masochisme ……272

Errance et répétition de traumatismes ……274

Clinique des traumatismes sexuels infantiles……275

Commentaire……276

Exemple clinique de Bonnie……276

Commentaire……280

II-19 Errance, dynamique de survie et flottement de l'identité ……280

Le cas de Balthazar……281

Commentaires à partir de ce récit clinique……284

II-20 Errance et dynamique de survie au regard du caractère précoce ou tardif du traumatisme……286

CHAPITRE III

PENSER L'ERRANCE AUTHENTIQUE……290

Introduction ……291

A Première partie : Textes des auteurs de référence pour aborder l'errance interne (psychique)……292

III-1 Textes de sociologues……292

Jacques Guillou et Louis Moreau de Bellaing ……292

Les Sans Domicile Fixe, un phénomène d'errance (1995)……292

Misère et pauvreté. Sans domicile fixe et sous-prolétaires (1999)……294

Jacques Guillou: *Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou « au bout d'être énervé » (1998)*……..295

François Chobeaux: *Intervenir auprès des jeunes en errance (2009)*……..297

Articles de François Chobeaux en 2016……...299

III-2 Textes de psychanalystes, recherches sur bases analytiques…….300

Alice Cherki : « Figures de l'errance » (1998)…….....300

Fethi Benslama : « Psychopathologie de l'errance dans ses rapports avec la culture contemporaine » (2004)…….....303

René Roussillon:……..307

« L'errance identitaire » (1997)…….....307

« Le besoin de sécurité » (2008)…….....310

« La loi du plus faible » (2008)……...313

« Les logiques de survie et la rencontre clinique » (2012)……....315

Olivier Douville:……320

Olivier Douville et l'anthropologie clinique……321

Critique de l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux[1] par Olivier Douville……322

L'errance : une condition du sujet entre vivant et non vivant ……...323

Autres éléments sur l'errance (à l'adolescence)……324

Discussion sur l'errance adolescente avec Olivier Douville……..327

Patrick Declerck…….....328

Recherche de Valérie Colin : *Psychodynamique de l'errance* ……..332

Recherche de Franck Mathieu : *L'errance psychique des sujets SDF* ……...336

B Seconde partie : développements pour concevoir l'errance interne…….340

III-3 L'errance psychique s'origine dans un malaise des liens précoces……340

III-3-1 Le futur sujet errant : un enfant *bizarrement présent* pour ses parents/des parents étrangement là pour lui…… 341

III-3-2 La plongée dans l'état agonistique…….....343

III-3-3 Qualifier le malaise des liens précoces en termes de *dynamique de survie* chez le nourrisson ou l'enfant……..344

[1] Nous avons commencé à parler de la critique que fait cet auteur de certaines notions devereusiennes en partie I-1-3, à propos du concept d'inconscient ethnique.

III-3-4 Etat-limite et errance essentielle……348

III-3-5 Inférence logique sur la clinique des SDF et la distinction des personnalités à la rue……..351

Lien à l'animal et errance……..351

III-4 L'errance interne/essentielle et son rapport à la dépression essentielle de Pierre Marty……..353

III-4-1 Eléments sur la dépression essentielle…… ……..353

Commentaires sur la dépression essentielle……...354

Apports d'Alain Ksensée……..355

III-4-2 Eléments sur l'errance essentielle au regard de la dépression essentielle……356

III-5 Errance essentielle et auto-exclusion……360

III-6 Proposition de définition de l'errance essentielle……361

Volet général……..361

Volet Métapsychologique……...362

Définition synthétique……..363

CONCLUSION : DES PERSPECTIVES CONTRE L'ERRANCE ?……..365

Moins (se) méconnaître pour aborder l'autre SDF……..366

L'aller vers et le travail partenarial : des fondamentaux à cultiver (et défendre) pour l'abord des gens désocialisés à la rue.....369

Le cas des errants essentiels……370

Soigner?.....372

Accueillir les errants essentiels ? Quel rôle, pour quelle institution?.....374

Un levier « thérapeutique » : la créativité……377

Psychothérapies hors normes……...379

Prévention de l'errance essentielle……..380

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES…..……386

Bibliographie……386

Communications……...404

Mémoires et thèses……405

Chansons, supports musicaux……407

Revues et documents……407

Images et sons: films, documentaires, reportages, séries télévisuelles, émissions radiophoniques……408

Musées et expositions……409

Congrès, colloques……409

Rapports officiels, textes de loi, documents ministériels……410

ANNEXES……412

Annexe 1 : Armand Est Mort ……412

Commentaire……413

Annexe 2 : La java du caniveau……413

Commentaire……418

Annexe 3 : Addendum à l'introduction générale de la thèse: Eléments concernant la culture……419

Annexe 4 : Le cas de Pat, une patiente état-limite effondrée……420

Annexe 5 : Texte de loi concernant le secret professionnel partagé. Article L1110-4……422

Annexe 6 : Aspect peu congruent entre les EMPP, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité, avec la tendance que nous croyons déceler d'une psychiatrie moderne péremptoire et standardisante et d'une aide sociale appauvrie……424

Annexe 7 : Eléments supplémentaires concernant le contexte social depuis les années 1950 et concernant les personnes les plus désocialisées, en errance manifeste, depuis l'ouvrage d'André Gueslin *D'ailleurs et de nulle part* (2013)……429

Annexe 8 : Eléments commentés sur la biographie d'Yves Le Roux : *Le cachalot. Mémoire d'un SDF*, co-écrit avec Danie Lederman, 1998, collection *J'ai lu*, Ramsay, Paris……430

Annexe 9 : Eléments commentés sur la biographie de Jean-Marie Roughol, *Je tape la manche. Une vie dans la rue*, préfacé et postfacé par Jean-Louis Debré, Calmann-Lévy, 2015……433

Annexe 10 : Alexandre Vexliard : l'apport psychologique de cet auteur (lecture critique)……434

Annexe 11 Lettre d'autorisation de citer :

Lettre de demande d'autorisation de citer au Directeur du CHR……437

Lettre de réponse d'autorisation de citer du Directeur du CHR……438

TABLE DES PATIENTS CITES……439

LISTE DES ABREVIATIONS……441

INDEX DES NOTIONS……442

INDEX DES AUTEURS……468

Avant-propos

Le fait de travailler sur l'errance est notamment et bien sûr lié pour moi au fait d'exercer au sein d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité depuis longtemps. A la relecture de mes développements d'ailleurs, il me semble que le psychologue de terrain a autant inspiré le chercheur que l'inverse, me faisant penser que cette thèse serait à l'égal « thèse professionnelle », avec des implications pratiques directes, et proposition théorique universitaire.

Dans le travail, j'ai souvent été gêné par le flou entourant le terme d'errance, l'approximation de son usage chez les soignants comme chez les travailleurs sociaux œuvrant avec les personnes Sans Domicile Fixe. Tous les SDF ne sont pas des errants, c'est d'abord ce que j'ai voulu rappeler cliniquement (et il serait correct de ne pas vouloir aider cette population de façon standard sur le plan du travail social comme au niveau de l'aide psychologique), avant d'essayer de comprendre sur le fond *« ce qu'errer veut dire »* à la manière d'un psychopathologue référé surtout à la psychanalyse.

L'errance questionne le sens de l'existence. Ceux qui errent vraiment ne semblent pouvoir donner une direction et un sens à leur vie, ne semblent guère en chercher, ce qui certainement explique le rejet que nous leur réservons et leur caractère « autre ». Le sens existentiel est à construire pour tout humain, n'est pas donné d'emblée ; il se constitue à partie de l'idiosyncrasie irréductible de chaque sujet et se façonne en fonction de l'éthos culturel dans lequel chacun évolue. Une part de notre travail évoque tout ceci.

D'autres niveaux de réflexion intéressent l'errance, car au-delà de notre étude, dans l'absolu, l'errance nous concerne tous peut-être. Qu'est, en effet, la vie humaine ? L'homme a besoin de fabriquer du sens pour supporter l'étrangeté même du fait d'être, « la terreur d'exister », expression reprise de Maurice Corcos. Et quelle est cette condition ? Vivre sur une planète, graviter avec elle (sans s'en rendre compte) dans un espace que nous n'ignorons plus mais dont nous ne savons rien ou presque, surtout bien sûr sa raison d'être, son pourquoi.

In fine, tout homme évolue sans savoir ce qu'il est, le pourquoi de son être, et sa finalité. Nous nous trouvons des buts dans l'immédiat humain pour borner nos angoisses, pour oublier ces niveaux vertigineux sans réponse.

La vie relèverait-elle, malgré le masque de nos efforts et la dissimulation que nous procurent nos buts, d'une absence définitive de raison ? L'errance ne serait-elle pas *donnée de fond de la condition humaine ?*

Notre étude n'aborde pas ces questionnements relevant de développements philosophiques mais ne les méconnaît pas.

INTRODUCTION GENERALE

« J' aime mieux qu' on me raconte la vie d' un clochard américain que celle d' un dieu grec mort ». Charles Bukowski[2] (1969)

[2] *Journal d'un vieux dégueulasse.*

I Prolégomènes : rencontres cliniques

Nous avons souhaité ouvrir ce travail par des situations cliniques rencontrées en différents lieux au cours de notre itinéraire professionnel et ayant été pour nous sources de particulières interrogations. Ces hommes et femmes ont certainement contribué à nous mener à cette étude.

I-1 Service d'alcoologie

A la fin des années 80, nous faisions la rencontre de ce très jeune garçon, ***Andrew****. Après avoir fugué de sa famille bourgeoise à l'adolescence, il avait trouvé refuge et moyen de survivre à sa propre destructivité dans un groupe Skin Head d'extrême droite à Londres et s'y était installé plusieurs années durant : malheur absolu puisqu'il s'y était initié à la défonce sans protection, à la violence, aux idées néonazies, en conservant quelques stigmates relevant du « suicide social » : outre la fragilisation neurologique (épilepsie), s'ajoutant au crâne rasé/tondu, en plein front ce tatouage de croix gammée (digne des pratiques d'épuration d'après-guerre ?) qui, brûlée, offrait en relief l'horreur du symbole, indélébile. Dans sa tête, toute notion de retour (ou d'arrivée ?) à une vie organisée vers un but semblait impensée, absente, le garçon « récupéré » par sa famille se laissant passivement mener : vers des soins, des démarches, sans les habiter. « Rechutes » par instants : l'ancien fugueur retournait à la fugue, accentuant incroyablement sa dette SNCF (astronomique), puis était ramené, et ainsi de suite (ainsi de fuites).*

Nous ne savions rien alors de la vie à la rue, de la vie en squat, en groupe marginal, de ce qu'une personnalité devient dans ces conditions, de ce qu'elle colporte pour ainsi rechercher l'exposition tout en considérant bien qu'outre le hasard et certains déterminismes sociaux, une étrange recherche inconsciente s'y infiltrait, intervenait voire y conduisait. Dans le cas de ce jeune homme, quel pouvait être ce grand besoin traumatophile, cette urgence à quitter sa famille pour une telle existence, sans protection[3]? Quel écho inconscient entre cette fabrication violente d'allure masochiste et l'histoire familiale de ce garçon ?... Quelle vie restait disponible pour lui après ce chaos? Sentiment vertigineux face à lui[4]: jeune, littéralement « hors-piste », hors but, hors socialisation, il évoquait l'échec, le gâchis, la perdition, l'oubli de l'investissement de soi sans verbalisation mélancolique mais avec des actes y renvoyant : sa vie était-elle sienne ? Etait-ce une vie désirante que la sienne ou un montage post-traumatique comme chez les survivants, régie par réflexe d'autoconservation, de survie (Jan, 2006)?

[3] Voir Guillaumin, 1985.

[4] La particularité de l'angoisse d'un tel contre-transfert a fait l'objet d'une communication personnelle intitulée « Jeunes en errance et contre-transfert », conférence inaugurale du Séminaire National de Recherche Clinique des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité en collaboration avec les CEMEA au MANS (22, 23, 24 janvier 2014).

I-2 Service de neurologie

Quelques années plus tard, la rencontre de cet homme SDF, alcoolique, ***Bernard****, qui pouvait en venir à se jouer comme à la roulette russe… avec le bus. En s'allongeant à la sortie de virages très marqués, est-ce qu'on lui roulera dessus ou pas ? Après avoir tout perdu, cet homme vivait en squat « avec un petit gars », tous les deux s'entraidant face à l'adversité. Un nouveau petit monde avec un intérieur camarade, mais pas assez de pulsion de vie pour y habiter vraiment, pour s'en satisfaire ou en faire un point de départ : ni couple, ni lien parent-enfant ici, plutôt montage narcissique en double. Habiter n'était pas classique pour eux, n'ayant peut-être jamais pu être authentiquement intériorisé comme un ordinaire, une habitude, corroborant une voie de garage, stase plus que voie de reprise. Et la peur : peur des autres à la rue, peur des casseurs de squats. Le risque encouru de la mort imminente comme rappel du sentiment d'exister, le frisson comme remède (de type non durable). Quels maux recherche donc ce type de traitement existentiel ? Dans quoi peut-on passer sa vie quand on doit plus ou moins fixement reprendre le chemin de la haine de soi et de s'en remettre au hasard pour, peut-être, continuer de vivre? Les aides ? Ne pas y croire… Notons la variante : il ne s'agit pas de se jeter sous un train et d'assurément mourir : la mélancolie n'est pas joueuse, seulement radicale. Non, ici, il s'agit peut-être d'expirer sa pulsion d'autodestruction pour reprendre, en en étant lavé temporairement comme après une tentative de suicide (chose fréquemment observée en milieu hospitalier), le chemin de « la vie encore ». Le masochisme au service de « la vie encore »… Mais quelle vie vraiment? Est-ce vivre ? Est-ce survivre?*

Est-ce cela, errer? Ne plus savoir se situer entre vie et non vie[5] ? Bernard, cet «homme de peu » qui, encore hospitalisé, dépensera son RMI entier (dont c'était le début dans ces années) dans un collier offert à une jeune fille malade rencontrée sur le palier/fumoir de l'unité, l'hôpital n'était pas encore sans tabac. Lui qui ne savait ce qu'était devenue sa famille, où étaient ses enfants… Parentalités blessées (Colombé, Jan, 2012), abimées et éclats, temporaires et illusoires, en trompe l'œil, de réparations et de petits bonheurs (à composantes chevaleresques ici : c'est bien plus que de donner sa chemise).

Cette dame encore, ***Françoise****, dans le même lieu de soins hospitaliers, récupérée en état de mal épileptique en hiver, au bout d'un quai de gare, est une voyageuse sans bagage. Elle s'appelle Françoise, mais Françoise comment ? Que fait-elle ici ? On réussit à savoir qu'elle était venue en train, partie sûrement de Paris. Ici c'est le terminus, tout le monde descend. Certaines tombent. Plus tard, elle retrouvera son nom, quelques souvenirs anciens grâce aux reconstitutions qui arrivaient à se faire par une sorte d'enquête menée par l'assistante sociale. Une trace dans la nuit : avec sa mère, elles venaient dire un dernier au revoir au père, marin, au bout du quai: quai du port cette fois et non de la gare, avant que celui-ci ne s'évanouisse pour plusieurs mois*

[5] Olivier Douville (2014, page 116) peut écrire, à propos de certains jeunes en errance, peut en venir à se demander s'ils ont vraiment été mis au monde.

sur les océans). Des voyages, des départs, des retours dans l'atmosphère d'un « quai des brumes[6] »…

Cette femme est une clocharde, ça se voit : sa mise, sa couperose, son nez écrasé et tordu de pauvrette, sa chevelure grise de Vendredi, la courbure de son dos, tout son physique inspire la rue et la déglingue ; ses mains, ses pieds sont fragilisés, son squelette tremble. On la retrouve dans les endroits de l'hôpital les plus mal fréquentés, elle n'est jamais là quand il faudrait : un vieux fond oppositionnel venant d'une histoire ancienne qui échapperait, à elle-même d'abord certainement, qui ne peut jamais expliquer pourquoi ?

Son attitude mentale est étrange : elle est étonnamment polie, obséquieuse, apte à la fausse reconnaissance et à la tentative de reprise d'aplomb si fréquente dans la clinique de la détérioration intellectuelle et de la démence. Mémoire antérograde malade (plus de nouveaux souvenirs depuis l'affection). Mémoire rétrograde abimée puisque les souvenirs ayant précédé l'affection ne sont plus mobilisables.

Est-ce cela, errer? Ne plus se situer dans son histoire, dans ses liens et s'en remettre _ jamais vraiment sans résistance _ à autrui ?

Des mois d'hôpital, Françoise va un peu mieux, des liens sont retrouvés. Elle aurait fui l'appartement de son ami (alcoolique aussi) et aurait voulu « partir voir les bateaux ». Le Havre. Le retour d'un désir dans un monde sans?

Françoise se fera exclure du service et admettre en psychiatrie parce qu'on ne tolère pas longtemps ici ceux qu'on ne comprend pas, les indésirables de ce type (Jan, 2012a). En psychiatrie, laissée très libre, la revoilà vite très « asphaltée » (Quesemand Zucca, 2007). Selon une progression rapide, elle s'auto-exclue du soin. Alors qu'un plan joli de reprise de vie liée à sa famille retrouvée est travaillé par de bonnes volontés, elle disparaît complètement.

L'hiver suivant, à l'occasion d'un reportage télévisuel sur les SDF parisiens par grand froid, des soignants l'ont reconnue : Françoise, à la rue, avec un groupe de cloches. Panam. Retour à la case départ où l'on voit le schéma classique reproduit : tentative de soin, manque de compréhension et passages à l'acte soignants contre passages à l'acte du patient (Jan, 2009a).

Très interrogatif sur l'alcoolisme qui avait fait l'objet d'un mémoire à l'Université (Jan, 1989) et devant ces tableaux, nous réussissions dans ces années à trouver quelques rares écrits sur ces questions, obtenant, via un prêt inter établissements, le livre d'Alexandre Vexliard datant de la fin des années 50 et probablement peu diffusé même à son époque: *Le Clochard*. *Etude de psychologie sociale.* Etait disponible aussi

[6] C'est bien au Havre que se déroulent les événements de ce film de 1938 avec Michèle Morgan et Jean Gabin. Le film est tiré du roman éponyme de Mac Orlan, adapté par Jacques Prévert et réalisé par Marcel Carné.

l'enquête journalistique (méthode participante) récente à l'époque (1988) de Jean-Luc Porquet : *La débine*.

I-3 Service de psychiatrie

En travaillant dans des pavillons dits à l'époque encore (seconde partie des années 90) de «chroniques », l'errance nous apparaissait autrement encore : dans les attitudes stéréotypées des patients les plus lourds pour lesquels les soignants eux-mêmes n'imaginaient plus rien, devant recommencer encore et encore la même journée, selon l'adynamique de la pulsion de mort permanente, au sens de la répétition, du temps circulaire. Errance en huis clos. Combinaison d'êtres errants en un même lieu. A chacun son errance mais toutes dans le même enclos. Là, cette question : qu'est la vie quand elle se réduit à cela ? Qu'est-ce que vivre comme cela ? Est-ce la vie ? Une vie qui pourrait apparaître sur ce terrain des « oubliés » d'intra hospitalier également, et non seulement à la rue, comme « une vie pour rien » (Declerck, 1986 ; Henry, Borde, 1997)?

L'errance, on s'attendrait à la trouver dans des parcours de vie manifestement largués, désamarrés, excessivement marginaux, anormaux. Que de telles trajectoires existent, nous laissent volontiers incrédules, interdits, amenant parfois en nous des contre attitudes négatives, rejetantes, y compris dans les lieux de soins (Jan, 2012a) et dans les dispositifs logiquement faits pour les accueillir.

D'autres routes de vies confinent à l'errance et génèrent chez nous des contre attitudes gênées, angoissées : celles, si complexes et douloureuses, des migrants demandeurs d'asile, celle des sans-papiers, déboutés du droit d'asile (Jan, 2006 ; 2012b; 2013b; 2013c).

I-4 Consultations publiques en Centre Médico Psychologique, public tout venant

L'errance psychique nous semble souvent apparaître dans les vies psychiques de nombreux patients non SDF, non clochardisés, ordinairement socialisés, non nécessairement psychotiques. L'errance pourrait corroborer le vide de leur existence, l'absence de sens et de but qu'ils lui trouvent, de façon transitoire, avec une forme de résolution ou d'aménagement parfois par le fait de la psychothérapie[7]. L'errance apparente de la pensée semble se produire chez chacun dès que notre vigilance et notre concentration baissent. Ces « divagations » sont utilisées par la psychanalyse et Freud a baptisé la parole associée aux arrivées idéiques et de représentions de divers ordres « associations libres ». Mais existerait pour lui une certaine direction inconsciente toujours plus ou moins présente et façonnée par le désir. En d'autres

[7] Certaines errances psychiques n'entraînent-elles pas parfois l'errance de leur psychothérapie (et de leur psychothérapeute…)?

termes, l'errance sur le divan ne serait que pseudo, serait nécessairement colorée pour l'analyste par les orientations inconscientes. Y compris dans ce désordre apparent. En ce qui concerne la clinique des névroses en tout cas. Une fausse errance en effet, si l'on admet qu'un but se cherche, objet de la démarche analytique, et qu'il peut (parfois) se trouver. Une fausse errance qui peut être vécue cependant comme un authentique « largage » par le patient, avec angoisse et mal-être. La thérapie analytique introduit l'idée d'un cheminement possible, d'un progrès possible peut-être associé à l'idée/espoir/promesse d'une guérison/réparation pour l'analysant.

II-Définitions de l'errance et phénomènes humains introductifs

II-1 Définitions communes de l'errance et notions immédiatement voisines

Avant toute entrée en matière clinique et anthropologique, l'abord direct et aspécifique de la notion d'errance par le dictionnaire offre ces premiers éléments, en nous fondant sur le *petit Larousse (de 1982)*, utilisé ici à dessein pour son aspect populaire, sur l'analytique *petit Robert* de 1976[8] et sur le *Littré* (dictionnaire en ligne).

Petit Larousse

_ Pour le Petit Larousse, l'errance est « action d'errer », errer (du latin errare), signifiant « aller çà et là, à l'aventure, sans but ». On note la proximité phonétique d'errance avec « erreur », venant du latin « error » ; nous pourrons voir que le jugement social de l'errance renvoie très souvent à la notion d'erreur de parcours.

L'errant est un « nomade qui n'a pas de demeure fixe ». Ce dictionnaire donne l'exemple des « tribus errantes » et mentionne la figure du chevalier errant « (…) qui allait de pays en pays pour chercher des aventures et redresser les torts ».

Petit Robert

_ Ici, errer (venant du latin errare et du français du XIIème siècle : erroïer) reprendrait en premier lieu la notion d'erreur, le fait de s'éloigner de la vérité.

Existe une seconde série de significations, que le dictionnaire explique par la «confusion de errer (tel que défini) et de l'ancien français errer voyager. La notion s'associe à l'errant et aux errements ».

*Le sens premier est évoqué : « aller de côté et d'autre, au hasard, à l'aventure ». Les vocables associés sont ici : « déambuler, divaguer, flâner, vadrouiller, vague », ainsi que « rôder, traîner, vagabonder » avec cette citation de Rousseau : « voyager pour voyager, c'est errer, être vagabond ».

*Au sens figuré, errer correspondrait au fait de « se manifester çà et là, ou fugitivement. Voir flotter, passer, se promener », termes s'opposant au fait de « s'arrêter » et de « se diriger ».

_ L'errance pour le *Petit Robert* est « action d'errer çà et là », en se fondant sur l'acception susmentionnée du verbe errer.

_ Deux significations pour errant, ante :

*la première provenant du bas latin *iterare* « voyager » : marcher, aller, comme dans les exemples employés du chevalier errant et du juif errant qui ne cessent de voyager. L'antagoniste ici serait « sédentaire ».

[8] L'âge du doctorant explique l'usage de ces reliques. Elles ne présentent pas de différence notable avec les éditions actuelles pour ces mots, voire aucune.

*la seconde, depuis le XVIIème : « qui va de côté et d'autre, qui n'est pas fixé ». Dans cette ligne, le vagabond, le chien errant « voire égaré, perdu » voire aussi « flottant, fugitif, furtif ».

Le Littré *(en ligne)*

Le Littré dit aussi qu'est errant « ce qui n'est pas fixé ». Le second sens qu'il trouve serait « poétique » : est errant ce « qui flotte ». Le sens par extension serait « ce qui ne se fixe pas », « comme l'imagination ». Une autre acception serait celle de l'erreur « dans la doctrine ou la religion » par exemple : avoir une opinion fausse.

II-2 Total sur les définitions usuelles

Telle que désignée par des dictionnaires de la langue française très usités, l'errance serait une attitude psychologique ou comportementale humainement possible où le flou et l'action, *le mouvement sans but*, prend le dessus. Aucune insistance n'est faite quant aux raisons la motivant, qu'elles soient sociales, psychologiques ou autres, ni sur sa possible gravité dans ces ouvrages.

L'absence de but, qui nous semble fondamentale dans les cliniques psychologiques à l'œuvre, y apparaît sans approfondissement sur ce que cet état de fait peut produire et révéler sur/à propos de l'interne d'une vie psychique.

Nous soulignons que rien n'est mis en exergue du côté de l'absurdité (Becket, 1952), de l'inutilité sociale pouvant être implicitement attachée à l'errance dans une société telle que la nôtre (il n'en a pas toujours été absolument ainsi y compris en Europe), de l'absence de sens ou du pathologique. Dans ces parages du sens par les définitions des dictionnaires, seule l'erreur est retenue.

II-3 Quelques figures emblématiques de l'errance, habituellement véhiculées dans notre culture, commentées

Quelques « personnages » plus ou moins intemporels, certains quasiment mythiques, d'autres bien réels, dont la représentation sociale colporte des préjugés spécifiques, incarnent dans l'imaginaire collectif de notre aire culturelle l'image de l'errance. Ils sont mentionnés pour certains dans les dictionnaires. *Etonnamment pas le clochard, soulignons-nous.*

En en parlant ici, en introduction, il est question de regarder quelles questions anthropologiques et psychologiques ces représentations posent et/ou laissent de côté. Ces images culturellement véhiculées et subjectivement ressenties dans l'expérience de la « rencontre »/confrontation avec l'errant à la rue (le terme de rencontre serait à discuter) n'amènent globalement pas d'identification positive ni de contre attitude favorable dans notre monde social actuel. Nous pourrons voir, comme nous venons de le sous-entendre, que d'autres époques ont pu concevoir l'errant[9] avec quelques variantes, sur un socle stable/permanent d'ambivalence.

II-3-1 Le chevalier errant

Du côté de la farce, de l'humour, du burlesque (bien que d'autres lectures de ce conte fantastique soient possible), le chevalier errant Don Quichotte de la Manche de Miguel de Cervantès viendrait peut-être au premier plan. Extrêmement populaire depuis le XVI-XVIIème siècle[10], l'homme du combat contre les moulins à vent incarne l'absurde dans sa suite d'aventures, comme il offre autrement la satire d'une classe seigneuriale si éloignée des réalités premières de la vie.

La qualité du rapport au réel chez ce héros pourrait pousser un psychopathologue à voir dans la personnalité en question des aspects de « doux dingue » renvoyant possiblement à la psychose. Dans cette hypothèse, nous verrions le rôle de Sancho Pansa comme celui d'un accompagnant digne de l'antipsychiatrie (accompagnement dans le délire) ! Cervantès a jugé bon d'ajouter à son héros une « triste figure » *(IE le chevalier à la triste figure):* cette énergie dépensée à devenir héros ne serait jamais suffisante à l'enjouer. L'errance pour cet auteur ne soignerait pas des contenus dysphoriques ou mélancoliformes? L'errance aventureuse (ce n'est pas un quotidien immuable qu'il trouve face à lui) de Don Quichotte lui apporte-t-elle cependant le renforcement du sentiment d'exister, au-delà du ridicule?

[9] Nous ne traiterons pas de la question de la représentation actuelle de l'errance dans d'autres aires culturelles que la nôtre.

[10] Le château de Cheverny par exemple, dans sa salle à manger, montre des gravures/frises où certains moments de la vie du premier grand antihéros sont rapportés.

Commentaire

L'errance de Don Quichotte en est-elle une s'il existe un but à ses conduites, ne serait-ce que celui d'incarner la grandeur des nobles valeurs de son époque dans un voyage d'épreuves et d'exposition? Quand un but existe, *même délirant,* qu'en est-il de l'errance ? *Cette remarque vient introduire dès maintenant la notion d'un creux dans l'errance authentique, d'un vide, d'une absence*. Le délire, comparativement, tiendrait plutôt d'un trop plein que d'une béance…

II-3-2 le juif errant

Du côté des destinées, l'image légendaire du juif errant serait celle d'un être éternellement *condamné* à l'errance. Ce mythe ne provient pas d'un personnage de roman (contrairement à l'œuvre de Cervantès) même si Eugène Sue a écrit un livre au milieu du XIXème sous ce titre (sans traiter du phénomène véritablement).

Le mythe du juif errant aurait deux origines. La première proviendrait de l'histoire du peuple juif depuis la fin du Royaume d'Israël. L'autre, dans l'espace culturel occidental et chrétien, se lierait à la *notion de faute* : l'errance serait le prix à payer, la punition (divine ?) d'une faute (originelle ?), le juif (errant) étant perçu comme un être négatif, faux et à exclure, à ne pas assimiler, à maintenir dans l'image négative de l'autre. On impute aux juifs des intentions négatives et des malheurs, on les calomnie depuis le Moyen Age à cet effet. Ils ont plus que souvent été utilisés comme lieu de projection. Ces notions sont clairement mises en exergue au Musée Juif de Berlin, dont il faut recommander la visite.

On pourrait également, à un autre niveau, associer le cheminement du juif errant à l'art de s'adapter sans perdre son identité, se changer sans oublier ses racines, ainsi qu'au maintien (groupal plutôt) par la survie.

Commentaire

Notons bien que « le juif errant », comme Don Quichotte, ne sont pas des personnages de la scène publique mais bien des productions/représentations de la culture. Il n'en sera pas de même plus loin avec les figures vivantes, réelles, de chair et d'os, des nomades et des clochards.

L'histoire européenne du peuple juif se caractérise par un exil itératif, par l'obligation traumatique de départs, suite à pogromes, … La culture juive en a été marquée mais semble aussi s'en être munie par *une aptitude à transmettre*, à dire (à ses enfants d'abord) le malheur de l'exil obligatoire comme occurrence malheureuse du destin s'étant tant de fois produite et non comme un traumatisme indépassable. Dans ce sens par exemple, les juifs d'Algérie ont été les premiers (les seuls ?) à pouvoir parler du malheur et de la souffrance d'avoir perdu leur terre après l'indépendance en 1962[11].

[11] Pour confirmation, le film *Le coup de sirocco* sorti en 1979 est l'un des premiers sur le thème. Egalement, de Danièle Michel-Chich, le livre *Déracinés*, éditions Plume paru en 1990.

Association extensive sur les chemineaux

Voyons clairement aussi que la non-sédentarité n'est pas obligatoirement errance. L'Europe a vu ses voies parcourues jusqu'à la fin du XIXème siècle par d'innombrables pèlerins, mendiants, chemineaux pour des raisons souvent spirituelles ou de travail (les saisonniers, les compagnons, les bougnats, les savoyards ramoneurs…). Si le modèle sédentaire était dominant dans les siècles anciens et précédents, ceux qui allaient à pied sur les chemins et que l'on voyait voyager de chez soi, de sa fenêtre, qu'il était par ailleurs coutume commune d'accueillir, d'utiliser (les services des colporteurs, etc…), étaient donc fort nombreux. Figure et vecteur de l'altérité, de *l'autre*, le voyageur n'était pas nécessairement source d'excessive méfiance et d'évitement, comportements actuels fréquents dans notre société (et non autant dans d'autres cultures). Le chemineau bouge mais n'erre pas : il a un objectif à atteindre dont le voyage est l'un des moyens. L'errant, lui, n'a pas de trajet défini. Cette différence change tout.

La modernité, avec sa vitesse de déplacement et l'anonymat quasi absolu qu'elle propose, ne donne plus aux phénomènes transhumants la même visibilité, sans les évacuer : les chemineaux modernes (voyageurs de commerce, travailleurs éloignés…) sont anonymisés dans l'espace public, fréquentant les hôtels, des lieux leur étant propres. On ne compte plus depuis lurette sur l'hospitalité de l'habitant.

Les pèlerins de Saint Jacques sont aujourd'hui plus souvent des randonneurs aguerris, des sportifs, que des croyants en offrande d'eux-mêmes… Rares sont ceux qui envisagent encore *Le Chemin* comme un cheminement vers l'ouest, symboliquement et dans une perspective jungienne, vers la fin du jour/fin de la vie, une préparation spirituelle à sa propre finitude.

Le mouvement obligé ne projette pas nécessairement l'individu qui s'y trouve contraint à une errance psychologique, ce d'autant moins peut-être que le phénomène concerne son groupe d'appartenance et non pas seulement lui.

Commentaire

Avec ces réflexions, nous pouvons poser cette question: l'errance en groupe est-elle encore errance ? La réponse est assurément oui dans le cas des groupes de fuite, de survie (groupes opportunistes qui n'existaient pas avant le traumatisme dans la société qui les fait advenir), même si ici le but existe : celui de continuer à vivre. L'exemple du Rwanda est à conserver à l'esprit, avec les marches des survivants dans les marais et les forêts[12]. Ce sont là, dans ces cas extrêmes, *des logiques de survie précisément qui organisent les choses. L'errance ici tiendrait aux ultimes possibilités de vivre encore.*

[12] La journaliste de France Culture, Laure de Vulpian, a travaillé dans le début des années 2000 sur ces sujets. Nous renvoyons à son document sonore de 2003, *Rwanda, un génocide oublié?*. Nous avons été personnellement interviewés par elle en 2004, nous psys de l'UMAPP témoins de la souffrance psychique de nombre de migrants issus de cette de diaspora, ce qui a donné lieu les 20 et 21 mai 2004 à des diffusions sur cette radio.

Les nomades traditionnels ne seraient eux *jamais errants*… Sauf probablement en cas d'acculturations brutales et de perte massive des habitus, avec des conduites tout à coup délitées de la culture ordinaire et ancestrale. Il nous semble que les indiens étudiés par Claude Lévi-Strauss dans *Tristes Tropiques* pouvaient être concernés par un tel état.

Dans d'autres contextes, africains surtout mais aussi dans celui des banlieues des grandes métropoles défavorisées du monde entier, la souffrance traumatique et acculturative donne lieu à l'errance comme mode de vie. Les travaux cliniques d'Olivier Douville (notamment 2014) y ouvrent tout à fait, avec les cas extrêmes des ex enfants soldats.

II-3-3 le gitan, le manouche, le bohémien[13]

Une autre image emblématique de l'errance en France est celle de la vie nomade des gens du voyage. Les roulottes à cheval que voyaient passer nos ancêtres (voire nous-mêmes dans les années 70, ainsi que celui de leur implantation temporaire sur des terrains vagues) sont aujourd'hui remplacées par des caravanes à double essieu, leurs déplacements ne sont plus les mêmes, voire annulés malgré la persévérance (désespérée ?) de la vie en habitat mobile... Les sédentaires semblent avoir toujours entretenu un lien ambigu avec ces groupes non fixés géographiquement, ces « fils du vent », d'ailleurs et pourtant d'ici, avec des idées préconçues, des stéréotypes négatifs tenaces dans le temps.

L'hyper modernité (Diet, Tapia, 2012 ; Kaës, 2012) générerait la venue de nouveaux groupes Tziganes ou Roms non français, n'étant pas de tradition voyageuse ou nomade soulignons-le, sur le territoire national. Certains y voient un envahissement indésirable, intolérable. S'agit-il d'errance sans but dans leur cas? Très clairement non, au sens au moins du rapport économique envisagé dans les motivations des familles concernées (venir faire la manche en France, en Europe de l'ouest). D'autres aspirations existent pour elles à venir en France, sur lesquelles on n'insiste généralement pas: le souhait de vivre plus dignement et moins chassés/persécutés/exclus que dans leur pays de provenance. Comment dire « pays d'origine » quand on s'y sent si mal et qu'on s'en détache si bien?…

Par ailleurs, la vie non sédentaire des « gens du voyage » français, correspondait jusque récemment classiquement à une vie itinérante portée par des activités ambulantes traditionnelles (paniers/vanneries, chiffonniers, rémouleurs, élagueurs, cueilleurs, vendangeurs mais aussi ésotérie, cartomancie, musique, chants, dance et rencontres festives…) utiles aux sédentaires et rythmée par les saisons[14]. La disparition de ces métiers, délétère sur leur manière de vivre et leur adaptation

[13] L'UMAPP a aussi en partie mission d'aider à l'accès aux soins psychiques des gens du voyage sur l'agglomération de Rouen.

[14] La chanson célèbre *l'étrangère*, interprétée par Yves Montand (in Olympia 81), fait référence à cette inscription dans la vie des sédentaires.

(parallèle à la vie de leurs concitoyens sédentaires), produit des effets d'acculturation accentués et des réflexes de survie sociale parfois déviants, une possible modification/mortification des rôles et positionnements hommes/femmes, parents/enfants, actifs/passifs, etc… Dans une société de plus en plus hautement métaphorisée et technique, la place laissée aux personnes peu diplômées, aux bas niveaux de qualification (c'est massivement le cas ici), lisant peu ou pas, se réduit. Leurs compétences traditionnelles ne sont plus attendues.

La perte de sens deviendrait ici «errance » (définitive ?), assez largement collective, dépressive et apathique, sans mouvement : il y a raréfaction des déplacements, maintien prolongé de la station sur les aires d'accueil agréées ou sauvages. L'héritage religieux mute également, avec le passage de l'église catholique classique aux mouvements évangélistes. *Une relative errance psychique pour chacun liée à l'acculturation décrite semble très possible*, avec dislocation des items culturels habituels au profit de peu de remplacements actifs et porteurs. L'itinérance se vide de son utilité symbolique et rituelle. L'égarement psychologique s'étendrait pour chacun : perte de sens et d'espoir poussant aux échappées négatives, et auto-agressives in fine, des jeunes gens: passages à l'acte délinquants, transgressions sans limites, … Quelle identité pour des nomades privés de la possibilité de l'être utilement, traditionnellement? La souffrance psychique serait ici fille de l'impossible continuité du mouvement identitaire et ancestral.

Commentaire

On voit qu'une tradition codifiée, par acculturation, perd ses ancrages anciens (jadis valides, aujourd'hui impossibles), ouvre vers une errance de la vie de ces microsociétés dont les buts actuels peuvent difficilement rester ceux d'avant. Ce sort est celui de minorités évoluant au bord d'une société dominante ne laissant plus de place aux marges (Le Malefan, 2014). Le « largage » acculturatif du groupe favoriserait celui des individus : « errance » nouvelle, moderne.

II-3-4 Le clochard

Il s'agit d'une figure classique de l'errance aboutie dans notre culture. Le clochard avec ses caractéristiques physiques hautes en couleur, son odeur, sa saleté, ses parasites, ses habitudes à la rue renvoyant à l'exposition de sa vie intime sur la scène publique, est un familier dans le quartier, à la fin du marché, aux alentours de la gare (Gaboriau, 1993), etc.

Bien volontiers, le clochard est vu aussi en grand alcoolique (ce qu'il est très souvent effectivement mais pas toujours) ; l'alcoolisme semble même populairement considéré comme la raison principale de l'aboutissement à la rue. Le clochard serait et resterait certainement l'anti-modèle total, l'indésirable absolu, ayant pour une part auto fabriqué son propre malheur (contrairement au fou qui reste un malade, victime et non auteur de sa maladie) en ne suivant pas les prescriptions, en ayant été au bout de ses « fautes », devenant l'exclu parfait, matérialisé, le déchet social, vérifiable en tant que tel par tous dans l'espace public.

Le clochard serait vu comme un oisif immuable, renonçant apparemment à toute velléité d'insertion sociale ordinaire (éloignement maximum de l'emploi, d'un logement standard), mais aussi au fait de se soigner quand il est évident pour tous qu'il y a pourtant « bien besoin ».

Très ralenti, très prévisible, il n'est pas fondamentalement craint. On peut le prendre en pitié, l'aider (dans certaines mesures), sans croire tout à fait à une rémission possible, à une sortie de cet état incurique. Qui a bu boira, et plus encore (qui a fauté fautera ?).

Commentaire

Une fois encore, il est possible d'être clochard de bien des façons suivant la frontière : clochardisation sans être psychotique, clochardisation en l'étant (les deux manières étant folles certainement et Patrick Declerck en 2001 parlait des clochards non malades mentaux comme des « fous de l'exclusion »). Certains ne boivent pas une goutte d'alcool. Les clochards sont solitaires ou en groupe, ces « collectifs » pouvant avoir des fonctionnements assez spécifiques. Certains se reconnaissent, voire se revendiquent comme tels, d'autres continuent de ne point se situer personnellement dans l'engeance...

L'errance n'est certainement pas la même avec ou sans alcool, avec ou sans compagnonnage, avec ou sans repli possible accepté dans un foyer, partiel ou total, avec ou sans variation saisonnière des conduites, etc…

Existe par le vocable « clochard » un nivellement des différences interindividuelles, des réalités psychiques et humaines de l'extrême désocialisation. Des pensées préconçues, des présupposés sociaux (stéréotypes) proposent une image standard, un préjugé social catégorisant et catégorique du côté du rejet du clochard. Rappelons

que les idées préconçues (Devereux, 1980) ne sont pas en propre des pensées : précisément *elles shuntent la pensée,* elles empêchent le développement d'une réflexion. Le présent travail souhaiterait d'ailleurs pouvoir lutter contre la méconnaissance et le poids de certains préjugés.

II-3-5 La galère moderne : zonards, SDF, routards.

Si le clochard semble se poser comme une figure intemporelle (est-ce vraiment le cas?), depuis les années 1980, les rues des villes françaises se voient habitées par de nouveaux errants : ne se reconnaissant pas comme des clochards (contrairement aux clochardisés authentiques qui parfois le disent, le revendiquent ou n'en disent rien), souvent malgré tout plus mobiles que ces derniers, les zonards arpentent les trottoirs, les métros… avec un discours (parfois bien rodé, avec une force de harangue) semblant revendiquer la non insertion ou l'utiliser pour attirer l'attention. La manche (sur le boulevard Mirabeau à Aix en Provence par exemple…) est celle d'un homme ivre ou encore évoluant sous produit psychoactif la plupart du temps, sans propreté mais habillé, coiffé selon un certain style continuant de faire référence (malgré la casse évidente) : un peu Johny, parfois totalement, un peu Marley... Le zonard ne se plaindrait pas (sauf pour survivre, utilitairement), se nourrirait narcissiquement du regard des autres et de son exhibition personnelle, tenterait encore et comme si de rien, de se montrer charmeur avec les dames...

Le distinguo avec les hippies des années 1970 est évident : pas de groupe de partage ici (sinon des groupes opportunistes autour de produits), pas d'idéalisation commune ni d'idéologie (sexuelle, communautaire, …) porteuse de la manière de vivre. Nous ne sommes pas dans une dynamique de type « clochards célestes » à forte imprégnation esthétique et autres voyageurs « sur la route » à la Kerouac (1957, 1963).

Les SDF, Sans Domicile Fixe, vocable devenu référence dans les années 1980, apparaissent en creux par rapport aux zonards et aux clochards, comme des ombres de la cité marquées par la honte de n'être plus parmi les actifs, malheureux après des pertes successives et un dévissage terminal vers la rue. Solitaires ou en petits groupes inhibés, ils resteraient en attente de rebondir. Leur souci vestimentaire n'est plus là, le style chez eux ne serait déjà plus une habitude. Le vrai SDF pourrait ressembler, en plus préoccupé peut-être, à l'image qu'en fait Gérard Jugnot en 1991 dans son film *Une époque formidable* où le personnage qu'il incarne est avant tout un chômeur honteux, malchanceux, qui vient de tomber dans le monde de la rue.

Le SDF serait le citoyen lambda, nouveau pauvre, victime de la crise économique dans cette acception poussée par l'installation dans la crise de notre société depuis le premier choc pétrolier en 1973-74. *La crise*, film de Coline Serreau de 1992, dans lequel Vincent Lindon devient SDF également et « écouté » par Patrick Timsit, SDF confirmé…

Le sentiment de pouvoir devenir SDF, régulièrement sondé dans l'opinion depuis quelques années, irait en augmentant dans notre société[14]. Il est fréquent de constater que les « précaires domiciliés », bénéficiaires du RSA et minima sociaux, sont aussi ceux qui craignent le plus ce devenir, ne se sentant socialement pas si éloignés de cette possible glissade. Les mendiants se placent souvent devant les supermarchés discount où cette partie de la population fait ses courses. Est-ce un hasard ?

Le SDF, avenir possible du travailleur pauvre dans l'imaginaire social (Quezemand Zucca, 2007), voire de chacun donc, est encore en recherche d'emploi. Les « Stifs » de l'enquête participante de J-L Porquet (1988), journaliste spécialiste des aspects sombres de la vie sociale, sont de cette catégorie : dans la rue et au bord de l'emploi, sans renoncement à l'employabilité personnelle et sur l'idée du travail à recouvrer pour se refaire. Le Stif était, dans l'Amérique en crise des années 30, un travailleur pauvre, victime de la grande crise économique, devenu vagabond pour trouver de l'emploi au jour le jour par les chemins. Le Stif, contrairement au Hobo (lui aussi travailleur ou en attente de travail *allant avec une existence en mouvement le long des voies ferrées des Etats Unis*) serait contraint au voyage ; le Hobo[15] prend/admet/revendique le voyage comme mode de vie.

II-3-6 Aperçu d'autres formes récentes de vie dehors

Depuis les années 90 se forment dans les villes des *groupes de jeunes* dits « punks à chiens », « routards », festivaliers… Ils évoluent avec une démarque vestimentaire nette, repérable de loin, affirmant le souhait d'une vie alternative à celle de la société globale voire revendiquant une nouvelle façon de faire groupe, lien, société (Chobeaux, 2004). Comme leurs aînés les Hippies ? Là aussi, il est utile de ne pas assimiler, de différencier les situations. Rapidement déjà, les Hippies des années 60 et 70 étaient « peace and love », les modernes sont plutôt « no future » ; les premiers avaient des fleurs, de longs cheveux et des lunettes rondes, préféraient la campagne et la nature à l'espace urbain, mettaient en avant le « cool », la nudité, … ; les seconds ont des clous, des chiens, des looks plus agressifs, des comportements ostensiblement provocateurs dans l'espace urbain préférentiellement, revendiquent des consommations… Socialement, les hippies étaient d'abord des étudiants, conservaient des liens avec leur famille. Les jeunes actuels dont nous parlons présentement sont surtout en échec socialement et familialement, majoritairement issus des classes les plus populaires…

Leur façon d'évoluer dans l'espace urbain (à l'heure des nouveaux arrêtés anti-mendicité s'adressant en priorité certainement à eux et aux Rom) est ostensiblement provocatrice donc, leur style indexé sur les valeurs « no future » du mouvement punk

[14] En septembre 2016, plus d'un français sur deux aurait cette crainte, donnée issue d'une information France Inter.
[15] Voir notamment Michaël Lavenu, 2010.

de la fin des années 1970 (crêtes, piercings, vêtements cloutés, musique électrique hard, consommations psychoactives multiples…).

Leur vie serait en apparence collective puisqu'ils semblent rester en groupes dans les rues, avec des chiens. Ils proposent une manche active, pour les animaux (très soignés souvent, très importants) voire produisent des représentations artistiques : les arts de la rue, auxquels par exemple la ville de Rouen dédie chaque automne le Festival *Macadam*. L'usage de l'alcool est quasi constant ainsi que celui des toxiques.

Ces formes ne résument pas les « errances actives » (Chobeaux, 2001) modernes, n'épuisent pas ses différentes manifestations comportementales.

II-3-7 « L'errance fabriquée » : demandeurs d'asile, déboutés du droit d'asile, sans papiers, clandestins sur le territoire national

Bien moins visible dans l'espace publique global[16] mais commençant à prendre une certaine place dans les productions culturelles et représentations (le roman *TeaBag* d'Henning Mankell en 2007, les films *Welcome* de Philippe Lioret en 2009, *Le Havre* de Aki Kaurismäki en 2011, …), ces personnes sont arrivées en Europe, en France, dans l'espoir d'y obtenir un statut et de démarrer une nouvelle existence. Arrivés au motif de souffrances majeures endurées au pays la plupart du temps (Bolzman, 2014), il s'agit d'hommes, de femmes, d'enfants présentant des états psychiques post traumatiques graves.

Non systématiquement pris en charge par l'aide sociale ad hoc (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile), arrivant par défaut dans le système d'hébergement d'urgence français sursaturé, c'est avant tout par la précarité qu'ils sont accueillis sur notre territoire. Désœuvrés, sans possibilité de repli via un logement personnel, désorientés supplémentairement par le choc culturel et leur méconnaissance globale de cette nouvelle terre, les postulants à la vie en France souffrent et s'abiment.

Stressés par l'aspect aléatoire des démarches administratives, par leur dureté, par la connaissance de la rareté de l'obtention de papiers (pour ceux qui sont encore en démarches), par la dynamique d'attente[17] au long cours sans notion fiable de délai et par l'effroi d'une reconduction à la frontière, d'une expulsion au pays d'origine où leur existence même serait menacée, les étrangers en question en viennent à vivre leur quotidien (là mais pas encore vraiment, espoir mais sans trop d'espérance…) de manière hagarde. Cet état est aggravé en cas d'arrivée à la rue (Jan O., 2013b, 2013c).

[16] L'arrivée massive de migrants de Syrie depuis 2015, les tragédies que constituent les naufrages d'embarcations clandestines en Méditerranée, le scandale porté par le cliché photo d'un petit enfant mort noyé sur le littoral de Bodrum en Turquie sortent ces problématiques de la discrétion.

[17] Par exemple, sur ce thème de l'immobilité obligatoire, d'une autre manière, le roman de Jean-Claude Izzo de 1997 *Les marins perdus* peut apporter des éléments.

Commentaire

L'activité des travailleurs sociaux et des psys commence à être bien plus fréquemment en rapport avec ce type de personnes à aider. Une aide difficilement définie parfois, entre travail social classique et tâche humanitaire. « L'errance » dont il est question[18] s'organise autour de la question suspendue pour eux du droit ou non à rester sur le territoire français et de l'aptitude à une vie nouvelle après des traumatismes majeurs qui ont poussé à la fuite du pays. « Errance » et survie se trouvent pour eux étroitement mêlées.

Ces étrangers ne sont pas les seuls grands traumatisés à la rue. Nombre d'anciens soldats revenus du feu, en viennent à devenir SDF, phénomène assez massivement observable aux USA[19]. Tobie Nathan en 1999 dans son roman *613*, a mis le doigt sur cette corrélation que nous rencontrons fréquemment SDF/ancien soldat en donnant à l'abréviation SDF la traduction « Soldat De (la) France ».

II-3-8 Commentaire psychopathologique sur cette partie

A un même comportement, à séméiologie comparable, nous pouvons trouver des raisons et contenus psychiques fort éloignés: c'est l'une des leçons de la psychopathologie, après Freud surtout.

Nous allons appliquer une telle recherche aux conduites semblant relever de l'errance qui méritent cet effort de différenciation pour essayer de les mieux connaître.

III Objet de recherche, problématiques et hypothèses

Partir des définitions les plus générales, les moins spécialisées, partir du langage courant/commun nous a semblé être la façon la plus simple et la plus pertinente de lancer notre recherche visant à cerner *ce qu'errer veut dire*, c'est à dire à rendre moins insaisissable cette notion.

Les définitions usuelles de l'errance évoquées en introduction nous conduisent à en retenir deux éléments essentiels :

_ Premièrement, l'errance équivaudrait au fait de poursuivre une trajectoire existentielle sans finalité déterminée, sans but. L'errant serait cet individu-là, de fait marginal vis-à-vis de la manière de vivre dominante qui, elle, serait (idéalement) orientée, organisée, « adaptée », qui plus est productive, etc… L'errant est hors normes.

[18] L'errance vraie est ici rare, les personnes poursuivant un but quoi qu'il en soit : celui de rester, de continuer à vivre.
[19] Un documentaire diffusé en 2013 sur les vétérans perdus dans l'émission *Envoyé Spécial :* USA *: L'armée des rues*, Mathilde Pasinetti, Mathieu Birden, France 2 , traite du phénomène.

_ Deuxièmement, l'errance n'est pas désignée dans ses définitions usuelles par l'individu qui l'actualise *mais par l'extérieur, de l'extérieur. Elles ne disent rien de la psychologie de la personne qui erre.*

L'errance d'un individu est appréciée-nommée par un autre ou par d'autres, sans tenir compte de ce qu'il en serait de l'intérieur du vécu de l'expérience réelle de celui qui l'actualise.

Si nous traduisons ce fait sur le terrain de l'étude de psychologie clinique que nous comptons mener et dans un langage plus spécialisé, nous pouvons dire que l'errance serait ainsi « reconnue » dans un groupe humain, *appréciée par la contre-attitude d'un observateur appartenant à ce groupe.*

Notre travail étudie donc cette contre-attitude face à la conduite d'errance, au comportement manifeste d'errance, contre-attitude largement d'origine culturelle, relevant d'un « savoir » implicite, préconçu, de notre société.

III-1 Versant anthropologique de la recherche

Notons que notre société rend possible ces trajectoires. L'errance est une possibilité d'espèce à l'évidence « société-dépendante » (Vexliard, 1956) et personnalité dépendante, comme notre travail souhaite le mettre en évidence.

Errance va avec *erreur* nous disent les dictionnaires. C'est assez lourdement ce qu'en retiennent la pensée populaire et les appréciations sociétales qui s'y associent. L'errant fait fausse route, fait un mauvais « choix ».

Notre travail propose donc en premier lieu d'étudier comment nous concevons sociétalement et culturellement l'homme ou la femme en errance aujourd'hui. Cette partie interroge la notion de préjugés intériorisés, d'inconscient du collectif ou « ethnique » selon la terminologie de Georges Devereux. Nous aborderons ces questions sans les simplifier, en essayant d'exposer certaines conceptions théoriques et de les discuter[20].

Appartenant aux *Figures de l'autre*, titre d'un ouvrage récent d'Olivier Douville[21], le personnage errant, y compris issu de l'intérieur du groupe sociétal, serait étrange voire étranger dans l'espace intra-culturel, en risque d'en être exclu.

Si l'on admet que les stéréotypes se constituent durablement, qu'ils évoluent lentement, qu'ils ne se refont pas au rythme rapide des évolutions superficielles de la

[20] La notion « d'inconscient ethnique » nous semble utile (malgré l'opposition qu'y fait un auteur comme Olivier Douville, certainement sur l'emploi de la notion d'ethnie, notion aux limites floues). Notre recherche rappelle au passage que la pensée de Devereux, ethnopsychiatrique, ne se réserve pas seulement à l'abord de phénomènes appartenant aux cultures lointaines et que cette pensée s'intéresse autant à tout phénomène humain, à toute problématique intra-culturelle.

[21] Douville O., 2014.

société[22], alors, concernant notre étude, la trace de l'évolution historique de la façon de concevoir l'errant dans notre culture et notre pays nous semble utile à exposer pour participer à l'explication de notre contre-transfert d'aujourd'hui. .

Disons d'emblée que les stéréotypes en question auraient vocation à caricaturer et catégoriser a priori, à prémunir chacun de façon standard et ouvrent surtout à la possibilité d'exclure. Voire à sacrifier[23].

Nombre de personnes en errance sont « tapies » dans le groupe hétérogène des personnes SDF. Vouloir les mieux connaître nécessite un décryptage de ce « groupe» et des logiques sociales s'appliquant à lui.

Les SDF actuels de nos cités (ils sont devenus rares en campagnes, on ne croise plus guère de vagabonds et chemineaux hors la ville) sont aidés : de manière caritative et étatique[24]. Nous soulignerons toutefois que ces mesures d'aides, importantes, venant limiter le nombre des personnes très désocialisées, restent toujours insuffisantes. Les conditions de déclenchement des plans grand froid, les places d'hébergement insuffisantes chroniquement, la dureté et l'improbabilité de la sortie de la rue en disent quelque chose. Elles permettent de « limiter la casse » sans enrailler le phénomène.

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont des dispositifs inscrits dans la liste des différentes mesures sociétales ayant été prises pour limiter les difficultés des « grands précaires », des personnes sans abri, précisément ici pour leur permettre un accès aux soins psychologiques et psychiatriques.

C'est largement le fait d'appartenir à l'une de ces équipes depuis 1999 qui nous conduit à cette étude. C'est de là que nous viennent nos expériences cliniques.

Aider les SDF, rencontrer l'errance de certains d'entre eux, pourrait logiquement être considéré comme une performance quasiment contre culturelle puisque justement, tous nos efforts tendent à être aux antipodes de ce qu'ils sont.

Nous défendons l'idée en effet qu'il *ne semble pas si « naturel » d'aider l'exclu errant*, ce dernier semblant être devenu à l'heure actuelle plus encore peut-être qu'en d'autres époques un contre-exemple, un anti-modèle poussant au rejet : en voilà un auquel on souhaiterait surtout ne pas ressembler.

Dans le même temps, statistiquement et au bénéfice de la crise économique qui dure, de plus en plus de français ont la crainte de pouvoir devenir un jour SDF, un sort terrible cristallisant en ces temps ces angoisses collectives, nous l'avons déjà évoqué.

Les EMPP ont permis aux équipes de psychiatrie de mieux connaître et de mieux rencontrer les personnes errantes. Aide possible à condition sûrement d'être conscient de cet *effort non naturel* à fournir pour les accueillir, à la condition d'un travail d'équipe,

[22] Ils évoluent : par exemple, concernant le racisme vis-à-vis des noirs, les citoyens américains ont élu Barak Obama président des Etats-Unis. Ils évoluent cependant lentement, difficilement, et la mort injuste de Noirs tués par des Blancs (comme Michael Brown à Ferguson ou Eric Garner a New York en 2014) reste fréquente aux USA.

[23] Declerck (2001 ; 2005) nous a éveillé à cette notion. D'autres auteurs le rejoignent sur ce point.

[24] Nous aborderons la succession de l'essentiel d'entre elles depuis les actions de l'Abbé Pierre en 1954 jusqu'à la création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP).

groupal, venant estomper notre rejet de ces autres-ci. C'est-à-dire à condition d'une élaboration du contre-transfert *et du contre-transfert social,* en tenant compte de spécificités les mettant hors de l'expression de tout désir, de toute demande. La méthode soignante de l'aller vers et le travail partenarial seront exposés.

Il s'agit certainement de travailler ici en « clinique de l'extrême » (Estellon, Marty, 2012)[25].

Dans notre recherche, ces éléments historiques, sociaux, culturels, issus de disciplines connexes à la psychologie clinique offriront un « méta-cadre » au sens de René Kaës pour les autres données que nous développerons.

<u>En résumé concernant les aspects anthropologiques</u> (préalables aux développements psychopathologiques): nous souhaitons montrer comment l'errance manifeste, les comportements d'aspects errants, sont culturellement et socialement rejetés, en faisant appel aux observations de terrain de différents auteurs tendant à le montrer, en exposant la notion de contre transfert culturel ambivalent, en explorant nos préjugés.

III-2 Versant clinique de la recherche

Que sait-on sur le fond de ces personnes dites en errance, de leur personnalité? En décrivant cliniquement les personnes globalement rencontrées à la rue, il nous sera loisible de montrer leurs différences et de concevoir plus clairement cet aspect fondamental que nous soulevons : l'errance vue de l'extérieur, le fait de penser qu'un individu vit sans but, *peut être une lecture abusive[28].* Par exemple les psychotiques à la rue sont des clochards ordinaires en apparence. Pourtant ils se consacrent activement à suivre leur but délirant, en liberté, dehors, loin des psys. Egalement, les jeunes dits en errance s'essaient à une vie nouvelle, groupale et « anti » et ne se présentent pas comme une population dépourvue d'idéal et d'objectifs[26]. L'errance est souvent perçue avec pitié, compassion (quand elle n'est pas directement exclue), considérée aujourd'hui le plus souvent socialement, par nous tous, comme une « ruine du sujet » pour reprendre une expression d'Olivier Douville. On peut y voir cependant, en suivant une autre expression de cet auteur, « un essai de rigueur » ; nous le citons[27]: « on ne sait pas, cela dépend des moments de la vie, si elle (l'errance) rend malade ou soigne ». S'agit-il, en cas de vertu, d'une simple autoconservation

---

[25] Mais nous n'avons pas choisi d'analyser ces phénomènes selon l'axe « extrême » comme entendu par ces auteurs.

[28] Ce qui n'empêche évidemment pas l'idée d'intervenir, pour les psys et les travailleurs sociaux, pour aider des personnes SDF ne relevant pas pleinement de l'errance.

[26] Ce qui ne veut pas dire qu'aucun n'est ici en errance. Dans ce groupe, certains ne semblent pas pouvoir se rendre compte de leur errance psychique. Ceux-là colmateraient par cette manière de vivre leur difficulté à exister. L'opinion renvoie volontiers à ces routards *l'erreur* sans jamais peser la vertu possible de ces conduites marginales pour les économies psychiques mélancolisées dont il s'agit souvent : le maintien probable de leur vie, à ce prix, par cette forme.

[27] *Intervention d'O. Douville : Approche psychopathologique des conduites d'errance*, in Colloque National du réseau Jeunes en errance, CEMEA/Ville de Rouen/UMAPP/RRAPP, 22 et 23 novembre 2012 : *Les jeunes en errance. Etat des savoirs et nouvelles questions.* Colloque réalisé avec l'aide du ministère de l'action sociale et de la santé (DGCS et DGS), en partenariat avec la Ville de Rouen et le RRAPP. Les actes sont disponibles en ligne : https://www.google.fr/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=journ%C3%A9e+jeunes+en+errance+cemea+rouen+2012

(paradoxalement exposée aux dangers de la rue) ou d'une expérience possiblement élaborative de soi[28] ?

L'errant n'a-t-il rien à dire sur son parcours tant qu'il le vit? Quel est le contenu de l'expérience intime de l'errant ? Que dire de la parole sur cette expérience, sur le vif et dans l'après-coup (s'il existe)? L'errance vraie viendrait exprimer en actes l'errance psychique du dedans, difficilement exprimable autrement, abyssale parfois.

Nous commettons une succession de situations psychopathologiques différentes permettant d'isoler l'errance de ce qu'elle n'est pas. L'errance n'est certainement pas tant que cela une «entité trans-structurelle »[29] , à l'épreuve de la psychopathologie.

Après avoir mis en exergue ces cliniques brutes, après les avoir décrites et leur avoir donné corps et âmes par des exemples de patients, nous en viendrons à confronter l'errance à des notions (psychopathologiques surtout) avec lesquelles elle est parfois associée, parfois aussi confondue en pratique psychiatrique ordinaire par exemple.

Nous exposerons les élaborations théoriques de différents auteurs ayant trait à l'errance (psys et sociologues) pour tenter d'aborder ses origines.

Cette partie ouvrira sur la question de la provenance interne de l'errance, outre les événements extérieurs, pointera la question de la famille, de l'originel et de l'infantile : dans ces enfances précédant l'errance, n'y a-t-il pas déjà place pour l'errance, la distension des liens, le vide ?

Le futur errant manifeste est-il déjà manifestement un enfant errant ? *Il s'agit là de notre hypothèse sur le fond,* qui est contraire à celle de Karine Boinot (2007) par exemple (p. 148-149) pour qui l'errance se construirait « comme une proto élaboration», l'acte de déambulation étant pour elle mise en scène d'un conflit ne pouvant se représenter psychiquement.

Nous discuterons de ce qu'est le vide, en postulant qu'il est l'autre nom de l'errance. *Plus exactement, nous postulons que l'errance serait le fait d'une constitution comparable à un aménagement limite de la personnalité mais dans laquelle la relation d'étayage ne fonctionne pas, ne produisant pas même un faux-self fonctionnel pour une vie sociale relevant de la simple adaptation.*

L'errant serait un abandonné sans capacité de s'accrocher, pour lequel les liens ne seraient ni porteurs (phoriques), ni porteurs de sens (et de sens de soi en particulier). Nous lierons cette façon de voir à l'idée d'une tombée précoce du sujet dans l'obligation d'une logique de survie, c'est-à-dire d'un rapetissement problématique de son identité, de ses possibilités Moïques de gouvernance personnelle au-delà de l'autoconservation, au profit de sa consistance psychique.

[28] Patrick Declerck fait part d'une expérience personnelle de fugue qui l'aurait conduit à une nouvelle lecture, après exposition, de ses liens, de la question de l'angoisse et de l'inscription in *Démons me turlupinant*, 2012, *nrf*, Editions Gallimard, chapitre 24, 205-251.Dans son cas, il y eut expérience utile très certainement.

[29] L'expression est aussi d'O. Douville, in *De l'adolescence errante (2008).*

Nous en viendrons à poser l'hypothèse, chez les errants authentiques, *d'une errance essentielle* déterminant leur manière d'être depuis les premiers désorganisateurs subis (tenant d'expériences agonistiques précoces). Nous proposerons une tentative de théorisation du travail de tissage de lien avec la personne errante sur le temps de l'errance originale, beaucoup utilisée par les EMPP: il s'agit de ce que l'on nomme souvent « travail en réseau », appellation à laquelle nous préférons celle de « travail partenarial ».

En résumé sur le plan psychopathologique: nous voulons montrer que l'errance « pure », essentielle, est une composante de personnalité qui ne se retrouve pas chez toute personne désocialisée, à la rue, SDF. Notre hypothèse est que n'est errante vraiment qu'une personne qui authentiquement vit sans but. Une personne sans but n'existe qu'en situation de désubjectivation, ne se reconnaissant pas/pas vraiment en tant que sujet, ne dirigeant pas sa vie en fonction de désirs. C'est à une hypothèse de fonctionnement traumatique précoce que nous rattachons l'errance.

IV- Méthodologie

Il s'agit pour nous d'aborder l'errance à partir des cliniques de la grande précarité en France actuellement[30].

La problématique de l'errance ne peut être abordée en faisant fi de déterminismes de différents ordres, sociaux et psychologiques, et notre problématique de recherche en tient pleinement compte. Devereux d'ailleurs nous invite radicalement dans un choix de méthode intégrant plusieurs types de données: « Le fait est qu'un phénomène humain qui n'est expliqué que d'une seule manière n'est, pour ainsi dire, pas expliqué du tout » (Devereux, 1972, p. 9).

L'errance relèverait d'une problématique charnière, entre culture et individu, comme l'est l'alcoolisme, phénomène société-dépendant également[31]. Il n'y a pas de conjonction obligatoire entre errance et alcoolisme, même si cette association est particulièrement fréquente.

[30] L'errance, y compris comportementale, peut aussi certainement exister dans les classes sociales très supérieures, chez les très riches : dans ce sens, l'angle donné par notre terrain clinique et anthropologique prioritaire est insuffisant pour aborder *l'entier* du phénomène envisagé, *c'est-à-dire quelque que soit la classe sociale*. Les affres de certains milliardaires oisifs, apparemment sans but, individus eux aussi éloignés de l'emploi apparaissant à l'opinion comme des « enfants gâtés »/jouisseurs, montrent qu'ils ont tout autant à se débrouiller sans obligation externe (travail) face à l'ennui, face à *La terreur d'exister* (Maurice Corcos, 2009). Leur « cas » (un reportage exceptionnel de Mireille Dumas sur l'hôtel Bristol à Paris, rue du Faubourg Saint Honoré, sur la vie des très riches entrevue par les personnels de cet établissement. *Palace de rêve*, série La vie à l'endroit, Dominique Colonna et Mireille Dumas, documentaire 1998) pourraient tout autant, à l'autre bout de la planète sociale, renvoyer à la problématique ici ciblée. Pour l'heure cette clinique ne nous est pas directement accessible. Notons que le *Voyage en grande bourgeoisie* de Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, comme d'autres ouvrages de ce couple de sociologues (2009, 2010), est une lecture en contre-point intéressante pour les psys (et non que pour les sociologues), notamment ceux qui ont comme nous à rencontrer des personnes des classes les plus humbles dans le service public de psychiatrie. Il n'y a pas moyen de repérage psy sans accès complémentaires à des données de groupe. Voir à ce niveau Douville et Fotso-Djemo, sur le site personnel d'Olivier Douville. Notre recherche peut donc complémentairement faire écho à certains éléments de cet ordre, non accessibles par nous-mêmes mais utilement étudiés par d'autres.

[31] Voir par exemple Le Vôt-Ifrah C. (1981); Le Vôt-Ifrah C., Mathelin M., Nahoum-Grappe V., (1989); Castelain J-P. (1989) ; Jan O. (1989).

Des aspects sociétaux produisent et aggravent l'errance manifeste. Par exemple, si l'accessibilité au travail dans notre société (le plein emploi des 30 glorieuses par exemple) n'annule pas le phénomène, le chômage de masse favorise le maintien et l'aggravation de beaucoup de parcours d'errance. L'étayage par le travail devient difficilement possible.

Le fait, par ailleurs, de ne pas « faire plus» pour proposer aux errants de trouver une autre issue est une dimension venant mettre en évidence l'ambivalence de la société à l'égard de ces personnes.

Existerait une inclination sociétale à laisser démunis les plus démunis (Declerck, 2005) ce qui rejoint tout à fait certaines découvertes ethnopsychanalytiques de Georges Devereux (1970) sur les aspects contradictoires et ambivalents de toute société pour elle-même (« l'inconscient ethnique » comporterait des propensions aux attaques/sacrifices de cet ordre)[32].

Notre méthode se fonde, au niveau clinique, sur un ensemble d'observations depuis notre pratique de psychologue dans une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, dispositifs de soins récents (1999 pour l'UMAPP à Rouen) et observatoires privilégiés de la vie à la rue.

Par ailleurs, de nombreux questionnements proviennent de domaines ne relevant pas de la psychologie, de la psychiatrie ou de la psychanalyse dans notre étude. Notre façon de procéder doit tenir compte de référentiels différents, complémentaires, traitant du même objet (l'errance manifeste à la rue/l'errance psychique) mais selon des sciences de l'homme différentes ou connexes telles l'anthropologie, l'histoire, la sociologie, la philosophie, la médecine. La méthode est valide, suivant Devereux, à condition:

_de ne pas confondre les disciplines dans le même temps, les données de l'une permettent d'enrichir la connaissance du phénomène humain dont il est question (un comportement par exemple) d'un autre point de vue mais en respectant les caractéristiques propres à cette approche sans les confondre avec d'autres, sans amalgame, sans confusion. Dans notre étude, pas de « psychanalyse appliquée » à la société pour essayer de comprendre pourquoi elle participe à tolérer/fabriquer l'errance : l'appel à des concepts et notions valides d'autres sciences complémentaires à la nôtre (sociologie, histoire, anthropologie) permettront certainement plus clairement d'aborder ce type de question.

_ de ne pas hiérarchiser les approches entre elles, chacune ayant simplement ses intérêts et limites pour la compréhension de ce qui est étudié. L'ethnopsychanalyse

[32] Cette réflexion a inspiré un texte personnel écrit en 2001, édité en 2012 (O. Jan, 2012a), *L'accueil des indésirables à l'hôpital,* mettant en avant la « fabrique » d'un repoussoir social : celui de l'anti-modèle permettant d'être globalement utilisé comme lieu de projection du négatif social. L'anti-modèle est aussi un personnage qui ne contrôle pas comme les autres sa trajectoire existentielle : il est errant au sens déphasé des valeurs positives du monde social. Nous reprendrons les idées de ce texte plus loin.

de Georges Devereux est aussi une façon de penser particulièrement regardante quant à l'effet de l'observateur sur le phénomène observé (Devereux 1980, 1998). La neutralité n'existe pas, jamais. Devereux nous invite à essayer de complexifier intelligemment plutôt que de simplifier aléatoirement. Ceci, dans les sciences humaines avant tout, *en admettant la réaction agissante de l'observateur comme une donnée entière et non comme un fâcheux artefact de la situation.* Le travail psychothérapeutique, s'il s'agit de cela, l'observation anthropologique, s'il s'agit de cela… sera plus authentique et plus proche de la réalité s'il est aussi question de ce que produit sur nous cette affaire. En clinique psychothérapeutique, le fait d'être conscient et apte à l'élaboration du contre-transfert permet au professionnel de ne pas se laisser agir par des mouvements internes (d'origine culturelle ou idiosyncrasique, pour rester dans l'aridité terminologique et heuristique du modèle proposé par Devereux) au détriment de la liberté d'être du patient.

En matière de contre attitude, de contre-transfert en situation clinique, il est fondamental pour Devereux de tenir compte de nos pensées/jugements préalables.
L'ethnopsychanalyse met l'accent sur le bagage préconçu du chercheur sur la matière à étudier et du parasitage possible de sa pensée de ce fait. La notion de contretransfert, au sens freudien de ce concept, est enrichie chez Devereux de la notion de contre-transfert culturel (1998). Si l'on reçoit un patient d'origine étrangère par exemple, notre faculté à envisager l'altérité de la façon la plus constructive se fera si nous sommes conscients d'un certain nombre de préjugés (raciaux, sociétaux, …) issus de notre propre groupe social qui pourraient modifier notre écoute dans un sens ou dans l'autre (refus ou excès d'empathie par exemple, paternalisme, …). Nous sommes ici invités à différencier ce qui vient du contre transfert émanant précisément de l'individu en vis-à-vis et de ce qui nous vient de nos préjugés intériorisés quant au groupe d'appartenance de celui-ci.

Devereux propose un modèle rigoureusement freudien du fonctionnement psychique enrichi des constitutions culturelles dont nous héritons au sein de notre groupe d'appartenance. Sa conception bipartite de l'inconscient (inconscient idiosyncrasique, inconscient ethnique) permet nous semble-t-il un abord lisible de la rencontre des altérités.

Il existe des critiques actuelles de la conception d'un « inconscient ethnique », notamment celle d'Olivier Douville[33]. De notre côté, nous l'utilisons sans enfermer rigoureusement le sujet dans une appartenance « ethnique »[34], cette conception n'ayant d'intérêt pour nous que celle de signifier la reprise de références intériorisées émanant d'un groupe d'appartenance, d'affiliation (non obligatoirement ethnique) par un individu. Il s'agirait d'un ensemble de codes, normes, manières d'être, de faire et de penser, communes et valorisées par un groupe humain, valeurs définissant le dedans et le dehors, le conforme et l'étranger, l'autre et le « nous » du groupe.

[33] Nous avons pu discuter de vive voix avec Olivier Douville à l'occasion de la présentation de son ouvrage de 2014 *Les figures de l'Autre* à l'Université de Rouen le 27 mars 2015.

[34] D'ailleurs qu'est-ce qu'une ethnie ? Voir *Les ethnies*, Roland Breton, Collection Que-sais-je ? PUF, 1981.

Formatant une partie de l'identité du sujet, partie commune globalement à celle des autres membres du groupe, elle s'acquiert par apprentissages conscients et inconscients, donne l'aspect « tout naturel » à la vie menée en son sein.

Nous ne nous inscrivons donc pas dans la recherche d'une supposée « pureté » allogène du groupe ethnique mais plutôt dans l'idée qu'un individu se construit dans une culture façonnant son identité dans ce groupe (et vis-à-vis des groupes extérieurs), ce qui n'empêche par ailleurs que chacun emploie une multitude de références venant « dé-cloner », si nous osons employer cette image, l'idée d'une manière d'être absolument identique à celle du voisin, du frère, du cousin, qui plus est dans le monde actuel ouvert, pluriel, mondialisé, quel que soit le lieu de vie sur le globe.

Aborder l'errance en tenant compte des aspects contre-transférentiels d'origine groupale donc.

Notre travail se fonde aussi sur la méthode comparative et sur l'analyse de cas cliniques[35]. Nous n'avons pas choisi une étude statistique pour rester fidèle à l'usage du cas singulier, nous référant en cela aussi à Freud.

Le fond des analyses de personnalités repose sur la pensée psychanalytique.

V- S'intéresser à l'errance sous l'angle de l'exclusion et depuis une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (l'UMAPP[39] à Rouen).

Nous avons jugé nécessaire de livrer, préalablement à toute entrée dans le matériel propre de notre recherche, les aspects spécifiques revenant aux Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), à la nôtre plus encore, l'Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité (UMAPP) à Rouen tant il est vrai que le cadre détermine ce que l'on traite.

L'UMAPP et son cadre professionnel sui generis, ses lieux, son terrain d'exercice clinique, son partenariat actif, ont été conditions de recueils des données cliniques pour notre étude.

Ayant eu la possibilité de participer au montage de cette équipe, y travaillant depuis ses soubassements (pré)historiques, c'est une part de notre propre histoire professionnelle qui se voit ainsi reprise, une part de nos options personnelles ou devenues telles après essais et erreurs, empiriquement, après discussion, après aboutissements de compromis.

---

[35] **Pour toutes les situations humaines constituant le matériel clinique que nous utilisons dans notre recherche, les identités ont été modifiées et pour partie certains éléments anamnestiques, dans le but de préserver les personnes et dans l'application normale de notre déontologie (code construit en 1996 puis actualisé en 2012), c'est-à-dire des devoirs et des obligations s'imposant aux psychologues dans l'exercice de leur profession, y compris dans leurs recherches.**

[39] Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité, Rouen.

V-1 Eléments de société ayant précédé et indirectement contribué à la création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité[36].

Dans certains cas, l'errance observable semble pouvoir être imputable au mode de vie obligé par les conditions d'exclusion. Dans d'autres, il paraît évident que l'errance psychique préalable y a conduit. Parfois, il est difficile de savoir qui de la poule ou de l'œuf…

Il va nous falloir ici, d'abord, parler d'exclusion et de grande précarité plus que d'errance, puisque d'axer l'attention sur cette dernière nécessite une discrimination que nous n'aborderons que plus tard.

Il est rassurant qu'une société fasse attention à toutes les individualités en son sein et qu'elle puisse les protéger, essayer au plus de leur éviter un sort négatif : il en va du bonheur possible pour un maximum d'entre elles et aussi de la propre survie de cette société. Nous adhérons personnellement totalement au fait de proposer des politiques qui puissent aider, favoriser la réinsertion, le non abandon, la réédition des chances ratées, etc… Toute chose permettant d'échapper, partiellement au moins, aux expositions dangereuses.

La grande pauvreté et l'exclusion sociale, vecteurs de casses individuelles et d'inégalités, viennent battre en brèche l'idéal d'égalité républicaine (voire aussi religieuse), sont synonymes de délitements et de malheurs tels que la délinquance, la désaffiliation, la rupture des repérages par manque de transmission intergénérationnelle. Elles introduisent une marginalité potentielle par rapport aux trajectoires de vies syntones, standard.

La lutte contre la pauvreté puis contre l'exclusion est entreprise depuis longtemps, de manière différente en fonction des époques. Au XIXème siècle encore, la lutte contre la pauvreté était l'apanage de l'aide religieuse caritative. Progressivement en France, cette assistance s'est laïcisée, devenant essentiellement l'affaire de professionnels du travail social dans la seconde moitié du XXème siècle. Il en va autrement dans des pays voisins, Angleterre et Italie par exemple. Notons au passage que certaines associations actuelles en France dans ce domaine sont directement issues de ce passé. C'est le cas de plusieurs d'entre elles à Rouen; ce n'est que très récemment que leur nom d'origine s'est trouvé modifié[37].

La grande misère n'est évidemment pas d'apparition récente. Elle aurait été amplifiée par la révolution industrielle, l'exode rural, menant certains à des vies sans espoirs dans des faubourgs et au ban des grandes villes, dans une acculturation violente et anomique (Gueslin, 2013).

---

[36] L'Annexe 7 de cette thèse correspond à un supplément informatif pour cette partie ainsi que pour la partie II-5-7 du Premier Chapitre.

[41] Il est possible que nous assistions à un retour de plus en plus marqué du caritatif bénévole sous l'appellation neutralisée d'«humanitaire », ce qui peut représenter une certaine remise en question, parfois une attaque, du travail social.

[37] Notamment l'Œuvre d'Hébergement de Nuit, L'association Saint Paul. L'Œuvre Normande des Mères conserve son appellation d'origine.

Concernant la France et Paris, la grande misère du XIXème siècle a été dépeinte et réinventée dans des œuvres restant très emblématiques, à commencer bien sûr par *Les Misérables* de Victor Hugo (1862). Nous pourrions évoquer dans ce registre bien plus récemment (1985), Patrick Süskind et la première partie de son livre *Le parfum :* une atmosphère de bas-fonds et de cour des miracles dans ces deux ouvrages pouvant sembler autrement plus impitoyable qu'aujourd'hui, la seule manière d'y survivre s'assimilant à la loi du plus fort. Est-il bien certain que cette logique de domination par la force ait été éradiquée, qu'elle ne soit plus d'actualité? Précisément, le milieu de certains grands marginaux des grandes villes ne pourrait-il encore aujourd'hui relever de telles atmosphères, le roman en moins?

Dans notre société sont apparus, dans la seconde partie du XXème siècle, des mouvements de pensée, souvent portés par des autorités morales, républicaines et/ou religieuses (l'Abbé Pierre[38], Geneviève Anthonioz De Gaulle, le père Wresinski), qui ont influé sur les mentalités et les politiques en matière de défense des droits des plus démunis pour lutter contre leur exclusion, contre leur rejet ou leur marginalisation, pour leur éviter la déchéance, l'abîme, la descente à la rue. Le rendu de ces démarches est énorme: grâce à elles, de très nombreux concitoyens démunis évitent un déclassement sinon beaucoup plus grave, une désinsertion littéralement désintégratrice de l'identité sociale.

La vie sociale récente des pays européens les plus riches, malgré cela, reste en prise avec l'élévation visible du nombre de ses exclus, ceux-ci devenus bien plus apparents dans les villes depuis les années 80-90. La crise économique serait la cause globale de cette fabrication accrue, massive, de laissés pour compte. Que cette observation de masse n'empêche jamais l'intérêt pour le cas individuel, si facilement banalisé («puisqu'il y en a tant d'autres» ...).

Avant la reprise de l'évocation de l'histoire de la grande pauvreté et du vagabondage en France dans un chapitre suivant, chapitre utile pour nous permettre d'aborder les racines des stéréotypes actuels, il convient que nous évoquions les éléments récents, contemporains, ayant ouvert à des prises de conscience sociales et des positionnements suivis d'actions et attentions au profit des plus déshérités.

A *l'hiver 1954*, l'appel de l'Abbé Pierre à propos des sans-logis exposés au froid et aux manques montre la possibilité efficace d'actions collectives à grande échelle. L'ampleur de la précarité dans cet après-guerre attendant les reconstructions urbaines, est impressionnante et brutalement révélée à l'opinion publique. La création des Compagnons d'Emmaüs ouvre aux services actifs des précaires trouvant à la fois une place d'utilité, un encadrement de leur existence et une forme d'insertion.

[38] Voir par exemple à son propos Sadoux Ch. (2012). *L'abbé Pierre, un homme libre*, collection les patrimoines, Le Dauphiné éditions, 50 pages.

Emmaüs, avec la Fondation Abbé Pierre, demeure l'un des mouvements concernés par l'exclusion les plus écoutés en France.

Le Père Wresinski a fondé en 1957, dans la lignée d'Emmaüs, *ATD Quart Monde* : *Aide à Toute Détresse* devenue *Agir Tous pour la Dignité*. Son rapport rendu aux ministres le 28 février 1987 (dit « Rapport Wresinski ») a inspiré les politiques sociales destinées aux plus démunis : l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion (1988), les *Permanences d'Accès aux Soins de Santé* (ayant émergé après l'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 affirmant l'entrée dans les soins de droit communs pour tous), la Couverture Maladie Universelle (en 1999) notamment. Ce rapport propose en fond le même droit à la dignité pour tous, passant par la protection de la santé et du logement. Le RMI puis le Revenu de Solidarité Active (RSA de Martin Hirsch, Haut-Commissaire aux Solidarités Actives sous quinquennat de Nicolas Sarkozy) permet aux personnes les plus démunies de ne pas/plus être condamnées à la mendicité.

Pour Joseph Wresinski, la pauvreté chronique représenterait une négation des droits de l'Homme. Avec lui, *la lutte contre la pauvreté et l'exclusion devient une exigence éthique que la société se donne à elle-même*.

Il définit la grande pauvreté comme « le cumul dans la durée de privations de droits »: cumulées, donc, ces atteintes deviennent durables. Cette définition relie « précarité » et grande pauvreté ; elle a été reprise par l'Organisation des Nations Unies. Stopper la grande pauvreté serait ainsi s'attaquer à ce que les très pauvres vivent dans ce cumul des précarités.

Ce rapport a été conforté par celui de Madame Geneviève Anthonioz-de Gaulle de 1995.

Le CNLE, Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (1992), prévoie de mesurer l'effet de toute nouvelle politique sur cette frange précaire de la population. Cette instance reprend et incarne l'une des orientations directes du rapport Wresinski.

Les mesures de Droit Opposable au Logement (loi DALO) donnent, depuis 2007, l'Etat comme garant juridique de l'accès effectif au logement.

Commentaire

Selon le rapport du Docteur Vincent Girard (2010) commandité par Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé (quinquennat de Nicolas Sarkozy également), les grands exclus sans abris seraient en France environ 600 000 et leur espérance de vie serait de 30 à 35 ans inférieure à celle de la population générale. Bien des efforts sont encore à consentir, bien des réflexions pour comprendre et agir avec efficacité.

Ce rapport, réalisé par un psychiatre, insiste sur l'idée du *Housing First* (« un toit d'abord ») pour aider la restructuration de tout individu devenu SDF.

V-2 Contexte global: état du monde social avant la création de l'UMAPP, préoccupations psychologiques et sociales en France dans les années 1990, «découverte » d'une société précarisée/ précarisante.

Sur le plan social, très schématiquement, les années 80 puis 90 et jusqu'alors, suite à la crise de 2008, ont été marquées par l'aggravation du chômage (des jeunes, des vieux, de tous), par l'annonce des fermetures d'entreprises, de licenciements massifs, par l'accroissement des travailleurs pauvres (dont le salaire ne permet pas l'autonomie)… La pauvreté fait de plus en plus parler d'elle, recouvrant l'ambiance sociétale de son ombre angoissante. Le RSA fait recette…

Coluche crée « les restos du cœur » en 1985. Sous François Mitterrand en 1988 était décidé le RMI, Revenu Minimum d'Insertion. Avec ce dispositif, les travailleurs sociaux (et petitement les psys) découvraient les effets psychologiques du chômage de longue durée, la perte d'espoir et l'organisation de certains dans des logiques quasiment à part du modèle dominant (logiques de survie parfois, de débrouille toujours).

Qu'aurait perdu notre société dans la traversée de ces années? Peut-être l'idée d'une permanence, d'un lendemain au moins aussi favorable que le jour présent hérité des trente glorieuses et de la notion de progrès. Elle aurait perdu peu à peu l'idée de l'ascenseur social : si auparavant les parents espéraient pour leurs enfants qu'ils fassent comme eux et plus, là l'espoir est rabattu chez beaucoup : qu'au moins ils travaillent et puissent vivre par eux-mêmes… La perte de l'idée d'une vie socialement stable s'insinue, la déperdition des enracinements durables (dans le travail, dans les vies familiales), au profit d'un monde au sol sablonneux, mouvant, dans lequel rien n'est solidement gagné (problématique de la perte de la permanence de l'objet social?).

S'observent depuis ces années au moins deux mouvements simultanément:

D'abord ce sentiment global et prégnant, valable à tous les niveaux de la société, d'une précarisation, d'un déclassement possible c'est-à-dire de pouvoir perdre, avec l'idée que rien n'est jamais acquis, pour personne. Le collectif mené par Pierre Bourdieu dans *La misère du Monde* en 1993 en donne différents reflets et ouvertures analytiques, avec cette composante de souffrance individuelle pour chacun : souffrance de place.

Un autre sociologue, Serge Paugam, abordait la question de *la Disqualification sociale* [39]et ses conséquences sur l'individu et sur le groupe dès 1990.

Il faut bien reconnaître que « pour de vrai », la vie est précaire : par définition! Ce fait, l'aspect précaire de toute vie, la culture occidentale essaierait de l'estomper au plus[40].

[39] Il s'agit du titre de son ouvrage de 1993.
[40] Nous pourrions rattacher ici « l'indécence de la mort » chez nous depuis quelques décennies…

Mais voilà qu'elle reviendrait par ce biais, comme un retour de refoulé. Ceci a été capté par les chercheurs de l'ORSPERE-ONSPERE[41] de Lyon, Jean Furtos et Christian Laval notamment, respectivement psychiatre et sociologue.

Perdre, dans le monde du travail, devenait dangereusement banalisé par les individus atteints eux-mêmes : Christophe Dejours en a donné une analyse en 1998 dans son ouvrage *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*.

Cet auteur nous permet la transition vers un autre mouvement, combiné : celui d'une société toujours plus nécessairement voire férocement individualisante, renvoyant pour toute chose l'individu à lui-même. L'appartenance, le « faire groupe », serait de moins en moins accessible (« vivre ensemble sans autrui »…).

Le sociologue Robert Castel introduit en 1995[42] le concept très utile en sciences sociales (et cliniques) de « désaffiliation ». Que devient-on (sinon de moins en moins inclus) lorsque progressivement, et pour des raisons externes de structure comme le chômage, non nécessairement pour des raisons propres à l'individu, on appauvrit ou on perd ses liens d'appartenances, ses inscriptions ?

Une Société dite « post-moderne », pour une part dérégulée, apparaît dans un livre comme *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix* de Charles Melman sorti en 2002. Société détournée de Dieu, selon Marcel Gauchet *(Le désenchantement du monde,* 1985), en changement et en butte avec l'autorité, la règle et peut-être société « sans père »[43]. Cette nouvelle dynamique interne à la vie sociale tendrait vers plus de perversion selon Lebrun *(« La perversion ordinaire. Vivre ensemble sans autrui », 2007)* au profit d'une jouissance personnelle ogresse. Les travaux d'Anne-Lise Diet (2003) et d'Emmanuel Diet (2007), insistant sur la notion d'emprise, vont dans le sens de cette hypothèse dans les logiques de l'organisation du travail et des institutions. Le psychosociologue Jean-Léon Beauvois (2011) travaille de son côté sur les manipulations dans la vie sociale.

On observe parallèlement une «judiciarisation» de la société, la loi étant attendue comme sanction/limite.

Du côté psy, on découvre pèle mêle dans ces années les problématiques des enfants de migrants, des grands ensembles urbains, des femmes seules avec enfants, des familles recomposées, des fulgurances toxiques et des logiques de substitution, le poids des maltraitances, de l'inceste, des abus sexuels... Une place nouvelle est faite aux traumatismes, du fait certainement de l'actualité sombre de ces années: celles des attentats du métro parisien (qui déboucheront sur la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques), des s ethniques de Bosnie (Véronique Nahoum-

[41] Observatoire National en Santé Mentale et Précarité. Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion.

[42] Robert Castel. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

[43] Pour certains auteurs psychanalystes lacaniens s'autorisant une forme de psychanalyse appliquée à la lecture sociale tel Jean-Pierre Lebrun : *Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social*, 1997.

Grappe V. (dir.), (1993). *Vukovar, Sarajevo… La guerre en ex-Yougoslavie*), du Rwanda, des Congo[44]…

S'ouvrait la question du devenir des réfugiés de guerre et des traumatisés avec l'arrivée massive de kosovars en 1999 par exemple (notamment sur l'agglomération rouennaise), avec également la réouverture des dossiers de la guerre d'Algérie près de 40 ans après l'indépendance. Les traumatismes liés aux violences intentionnelles faisaient l'objet du travail de Françoise Sironi dans *Bourreaux et victimes, Psychologie de la torture* en 1999[45].

Autres niveaux encore, contemporains également : ceux de la violence au travail liés au harcèlement moral (Marie-France Hirigoyen. (1998). *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, éditions SYROS), la percée des pervers narcissiques (travail d'Alberto Eiguer en 1989 après les réflexions de Paul Claude Racamier)…

C'est l'arrivée au-devant de la scène sociale, et de la scène psy par conséquent, *du traumatisme d'origine externe, du trauma lié à l'événementiel objectif*. Nous nous souvenons de l'extrême richesse des échanges au long du colloque organisé par la MIRE et par Bernard Doray en 1993 sur le thème *Le traumatisme dans le psychisme et la Culture*[46].

Dans cet ensemble, le phénomène SDF s'accroît, semble plus émouvoir l'opinion qu'antérieurement (chaque hiver les journalistes font des reportages sur les morts à la rue) et va apparaître à Paris le SAMU SOCIAL de Xavier Emmanuelli sous gouvernement Chirac en novembre 1993[47].

Essentiellement depuis le début des années 1990, quelques cliniciens et ethnologues vont aborder plus de 35 ans après le travail isolé et pionnier d'Alexandre Vexliard psychologue et sociologue français (Vexliard, 1956 ; 1957), ces phénomènes complexes relevant de la grande précarité poussés à leur paroxysme dans la clochardisation.

Jean Furtos, Jean-Pierre Martin, Patrick Henry, Patrick Gaboriau, Patrick Declerck, René Roussillon, notamment, vont écrire à propos du clochard, de la grande désocialisation et des traumatismes agonistiques. Leurs écrits à ce sujet paraissent depuis la fin des années 80 (après 2000 pour le livre star en la matière : *Les naufragés.*

[44] Voir notamment : David Van Reybrouk (2012). *Congo. Une histoire*, Actes Sud.
[45] Voir également Sironi F. (2007). « Psychopathologie des violences collectives », Paris, Editions Odile Jacob.

[46] Bernard et Conception Doray œuvrent depuis longtemps (2006) sur la resymbolisation après des catastrophes culturelles et naturelles au CEDRATE devenu Centre de Recherches et d'Actions sur les Traumatismes et l'Exclusion. Bernard Doray est par ailleurs l'un des pionniers en France de la psychopathologie du travail. Il nous a aidé à l'UMAPP à réfléchir sur la question des traumatisés de guerre notamment, sur les questions d'exclusion. Il était très actif dans le cadre des séminaires fermés de l'ORSPERE au début des années 2000.

[47] De Xavier Emmanuelli avec Catherine Malabou, voir *La grande exclusion*, 2009.

Avec les clochards de Paris). Notons les angles différents des uns et des autres : théoriques analytiques, anthropologiques, logiques de dispositifs.

Olivier Douville de son côté invente en 2001 la notion de « Mélancolisation du lien social »[48]. Gladys Mondière-Lequin consacre sa thèse de psychologie en 2003 au *Fonctionnement psychique des femmes SDF*, après que Valérie Colin (2002) aie sorti sa thèse (sous la Direction de Bernard Duez [49] à l'Université de Lyon II) : *Psychodynamique de l'errance. Traumatisme, fantasmes Originaires et mécanisme de périphérisation topique*.

Quelques équipes psychiatriques travaillent de manière plus ou moins spécifique autour de l'abord et de l'accueil des plus démunis : à Lyon et dans sa région (les Docteurs Michel Bon[50], Marcel Sassolas), à Paris (Jean-Pierre Martin et son centre de crise près des Halles), le dispositif « DIOGENE » à Lille...

L'ONSMP/ORSPERE est fondée à l'hôpital du Vinatier, à Bron, dans ces années. Cette équipe de recherche est à l'origine d'un journal, RHIZOME, Bulletin National Santé Mentale et Précarité, revue gratuite et en ligne sur internet, et de nombreuses actions locales, nationales, internationales sur ces questions. Notons qu'un autre vecteur médiatique offre dès ces mêmes années une large place au travail psychiatrique et social auprès des exclus: il s'agit de la revue des CEMEA *Vie Sociale et Traitement*, dirigée jusqu'en 2015 par le sociologue François Chobeaux, lui-même spécialiste français de la question des jeunes en errance.

Un rapport aux ministres[51] en 1995 puis un texte de loi du 31 juillet 1998[57] ont axé l'attention vers ce que l'on a nommé « la souffrance psychique » qui est à comprendre comme souffrance particulière due à une peine dans l'insertion, à la place sociale occupée, au lien d'appartenance au groupe. D'origine sociale, cette souffrance ne pourrait correspondre à des tableaux psychiatriques, sans les exclure. Comme le dit Jean Furtos, *« même un schizophrène* a une souffrance psychique », ce qui est très juste lorsqu'on sait combien le ressenti d'inutilité sociale gave ces vies d'ennui.

Le rapport Strohl/Lazarus de 1995 marque par sa méthode d'enquête inhabituelle, basée sur le contre transfert ou la contre attitude souffrante des travailleurs sociaux exerçant dans les grands ensembles urbains, souffrance calque, issue directement du malaise des populations rencontrées, le reflétant, et inexprimable ailleurs qu'avec eux. Les enquêteurs remarquaient que les douleurs morales des populations fragiles ne donnaient quasi jamais lieu à une demande d'ordre psy.

Un texte de 98 visait la grande exclusion et la difficulté de l'accès aux soins des populations en difficulté sociale, notamment aux soins psys (page 11679 LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions).

---

[48] « Pour introduire l'idée d'une mélancolisation du lien social », Cliniques Méditerranéennes, 2001/1 (N°63), Erès, p 239-262.
[49] V. Colin et B. Duez participaient aux séminaires de l'ORSPERE du début des années 2000 également.
[50] Auteur de l'article «Le psychiatre errant, les errances de la psychiatrie » in Furtos (dir.). (2008). *Les cliniques de la précarité*.
[51] Février 1995, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher,* Antoine Lazarus et Hélène Strohl, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain; Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion.

Ne relevant pas de psychopathologies nettes, ces mal êtres (qui pourraient recouper *Le Malêtre* de René Kaës, 2013) renvoyaient leur porteur à leur sentiment de honte, à la culpabilité de leur mal-insertion voire de leur désaffiliation (Castel, 1995), à une forme de fatigue, empruntaient à la dépression, à l'attaque de l'image de soi déqualifiée/disqualifiée, à l'inconfiance en soi et en l'autre, à l'envie, à la rage et la révolte, en une plainte de moins en moins adressable...

Au passage, on découvrait dans cette étude combien le travailleur social n'avait que lui à offrir d'ailleurs, faute de prestations possibles. Nous y reviendrons à propos de l'actuelle souffrance au travail des professionnels s'occupant de l'hébergement d'urgence notamment.

Le rapport Lazarus mentionnait que les spécialistes du psychisme pouvaient ne pas être les pires interlocuteurs pour essayer d'apaiser les effets de cette souffrance non psychiatrique. L'une des propositions invitait les dispositifs de consultations publiques des secteurs psychiatriques à s'ouvrir au plus pour permettre l'accès aux soins, à l'écoute spécialisée. Inventer des rencontres psy tolérantes et non excessivement rigidifiées et réfrigérantes dans leurs techniques. Mais comment permettre à des personnes ne demandant rien de pouvoir s'adresser _ quand-même _ à un tel lieu ? Il s'agissait de favoriser le bas seuil, de permettre le lien en préalable au soin. Ouvrir ne voulait plus dire seulement attendre la demande mais proposer différentes entrées en matières : médiatisées, avec un tiers (Martin, 1995 ; 2011), en groupes, aller vers... Les chercheurs de cette étude concluaient sur l'intérêt et la pertinence d'un travail commun entre psys et travailleurs sociaux, les choses étant rendues plus réalisables par la définition (par le législateur) au début des années 90 du secret professionnel partagé.

V-3 Préalables locaux sur ROUEN

Le Docteur Alain Gouiffes et nous-même appartenions au secteur V de psychiatrie générale de l'hôpital du Rouvray (76G05), lui en étant le médecin chef depuis le début des années 1990. Avec le Docteur Christian Festa du même service, nous avons commencé à nous inspirer du rapport Lazarus au niveau d'un Centre Médico-Psychologique sur les Hauts de Rouen, banlieue dite alors « sensible ». L'application était de faire de ce centre non pas seulement une *consultation de suite* des patients hospitalisés mais aussi un lieu ouvert aux problématiques humaines du quartier, aux

travailleurs sociaux et à leurs usagers. Nous avons réfléchi (années 95) à un accueil des patients sans trop d'attente et à une première ligne infirmière pour à la fois valoriser le savoir-faire infirmier et la notion d'équipe de soins pluri disciplinaire.
Insistons sur le fait que ce n'était pas alors par contrainte budgétaire que nous en venions à cette organisation mais bien d'une idée différente des compétences infirmières, très insuffisamment utilisées dans l'intra hospitalier psychiatrique[52].

Nous avons mis en place des temps de réunions intégratifs des expériences et nouvelles rencontres cliniques de chacun. Nous avions prévu, avec nos partenaires du social, des temps de rencontres possibles autour de leurs usagers : ils pouvaient venir exposer leurs difficultés, demander nos idées, sans nécessairement que cela débouche sur une orientation vers nous.

Nous avons aussi commencé à travailler avec la *non-demande*, c'est-à-dire avec des patients amenés jusqu'à nous par les travailleurs sociaux. C'étaient ces derniers qui, de façon préliminaire, pouvaient parler pour eux, porter leur demande. Nous découvrions que ces situations pouvaient assez souvent déboucher sur des prises en charge intéressantes, c'est-à-dire améliorant la souffrance voire la trajectoire des personnes ainsi reçues.

Nous avons, avec les collègues du social autour de nous, développé un travail en réseau avec la création d'une association, *l'association Castor* qui, bénéficiant d'un budget contrat-ville, a pu mener différentes actions : formations communes (psys, travailleurs sociaux) autour de thèmes tels que les entretiens familiaux et l'ethnopsychiatrie. Cette association, l'association Castor, a mené plusieurs grandes journées d'études liées au travail en réseau. Nous avons tenté une action psychosociale visant les jeunes, une « écoute jeunes » ayant la singularité d'une écoute en binôme avec la présence conjointe d'un psy et d'un travailleur social. Cette tentative, malgré son caractère peu probant, nous a permis d'essayer des choses nouvelles, de réfléchir, de repartir autrement. Nous en avons tiré enseignement pour après.

Avec ces engagements, nous avons été en relation avec beaucoup de travailleurs sociaux, notamment avec ceux qui s'occupaient des plus démunis.

_ Dès 96-97, sur le plan du travail social, à Rouen, les grandes associations prenant en charge les personnes sans logis se réunissaient pour créer le *Carrefour des Solidarités.* Cet endroit était pensé pour centraliser certains services et éviter ainsi trop de pérégrinations d'institution en institution pour les SDF. Le *C.D.S*. proposait des entretiens à caractère social, un service d'orientation pour l'hébergement d'urgence, initialement une permanence de travailleurs sociaux de la Caisse d'Allocations
Familiales, un service d'accueil pour femmes maltraitées avec leurs enfants. Dès la création du C.D.S., le secteur V déléguait une demi-journée par semaine un(e)

[52] L'essentiel des soignants en psychiatrie dans ces années possédait l'ancien diplôme (qui a été clos en 1992) *d'infirmier de secteur psychiatrique* pourtant, c'est-à-dire des personnels ayant bénéficié d'une formation bien plus spécifique à la matière que les infirmiers plus récents dits de *Diplôme d'Etat.*

infirmièr(e) psychiatrique et quelques heures mensuelles de psychologue (nous-même) pour tester l'intérêt d'une présence clinique spécialisée en cet endroit a priori particulièrement intéressant puisque lieu de passage quasi obligé, incontournable pour l'essentiel des SDF sur l'agglomération rouennaise. Nous avons beaucoup échangé avec les collègues du travail social, tenté d'expliquer la psychiatrie et ses fonctionnements, mieux compris les logiques de leurs institutions. Nous découvrions l'aspect dérisoire des moyens réservés à ces actions sociales si complexes (l'enveloppe budgétaire paraît peut-être encore plus scandaleuse aujourd'hui).

_ Après 1998, nous pensions que si l'hôpital psychiatrique du Rouvray pouvait mener une action plus étoffée en direction des « exclus », il serait judicieux qu'elle soit sise au Carrefour des Solidarités.

_ En novembre 1999, le Centre Hospitalier du Rouvray créait l'UMAPPP (avec trois P, Unité Mobile d'Action pour Personne Précarisée), au sous-sol du C.D.S., unité coordonnée dès son départ par le Docteur Alain Gouiffes. Cette équipe n'a pas été pensée, du fait des préalables certainement, en termes de « Centre Médico Psychologique du pauvre ou du SDF » (et nous nous battions contre l'idée d'une filière du précaire ou d'une « précarologie ») mais dans le souci de faire porter son action par les 10 secteurs de psychiatrie adulte de l'Hôpital Psychiatrique; il s'agissait d'emblée d'un fonctionnement fédératif, d'une fédération de ces 10 services.

Son but étant l'accès aux soins, il s'agissait de faire solidement avant tout partenariat avec tous les secteurs, avec l'idée d'orienter nos (futurs) patients autant que possible, vers les soins ordinaires de droit commun. Et faire peut-être, pour eux, mieux fonctionner l'existant. Par notion d'équité, les orientations et hospitalisations se faisaient selon la règle acceptée par tous de *l'année de naissance* des patients, ce qui se montrait pratique et très lisible avec nos 10 services.

_ Dès ses débuts, l'UMAPPP était conçue comme *une vraie équipe* (et pas selon un bricolage insuffisant), avec 3 Equivalents Temps Plein infirmiers, ½ ETP de cadre infirmier, 1 ETP psychologue (partagé en fait en 2 mi-temps). Le temps médical de consultation est arrivé un peu plus tard, comme le poste de secrétariat. Nous avions un financement « précaire », expérimental, pris sur le budget DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) de l'époque. Le temps de psychologue était financé par le Conseil Général, justifié par l'action de soins auprès de Rmistes. Le remplacement du RMI par le Revenu de Solidarités Actives a obligé un autre financement, hospitalier[53] Ce co-financement nous a amené à faire ce que les équipes hospitalières généralement ne font pas : un rapport annuel d'activité, détaillé. Nous avons eu le souci d'y donner des chiffres, mais aussi et surtout de rendre compte qualitativement de notre activité, sachant qu'ici comme ailleurs en psychiatrie, l'évaluation est un problème complexe. Ce rapport a été chaque année exposé devant nos partenaires en Comité de Pilotage jusqu'après 2010. D'entrée donc l'UMAPPP a joué le jeu de la transparence et a accepté une forme d'hybridation (d'acculturation !)

[53] Il y a eu disparition du volet santé du RMI avec le RSA.

en acceptant des méthodes d'évaluation et d'explicitation n'étant pas propres à la culture hospitalière.

L'UMAPPP a été étudiée, décortiquée par de nombreuses instances, locales et nationales. Nous sommes restés sans budget pérennisés, pour autant, pendant plus de 5 ans. En 2005 cependant, 50 équipes de ce type, baptisées EMPP soit Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité, ont été créées sur le territoire national[54]. Il y en aurait en 2016 plus de 120. C'est depuis cette date que l'UMAPP s'écrit avec deux P, devenant : Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité.

V-4 Fonctionnement de l'UMAPP

Après avoir rappelé la genèse de l'intérêt clinique pour l'exclusion dans le contexte socio-historique récent, nous tentons de montrer au mieux, pour la lisibilité de notre propos, les manières d'aborder et de proposer des soins, care et cure, dans les situations humaines rencontrées par l'UMAPP. Nous essaierons par la suite de développer les fondements et principes de ce que l'on nomme le travail partenarial entre psys et intervenants sociaux dans ce domaine.

Sur le fonctionnement, l'UMAPP a été élaborée comme un PASS psychiatrique (Programme d'Accès aux Soins de Santé), l'un des très rares dispositifs de ce type en France. L'UMAPPP _ Unité Mobile d'Actions Pour Personnes Précarisées _ est devenue, avec les années et l'arrivée de la dénomination nationale Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité en 2005, l'UMAPP avec seulement deux P : Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité. Il nous semble que « la personne » n'a toutefois pas disparu des préoccupations des membres de cette équipe.

L'UMAPP se donne pour mission l'accès aux soins des plus démunis, des personnes SDF en souffrance psychique et/ou psychiatrique. Elle constitue de fait un «observatoire » durement informatif sur les contradictions existant entre les intentions humanistes annoncées dans notre société (celle du « pays des droits de l'homme ») et les logiques d'exclusions, dont on pourrait douter qu'elles soient systématiquement inconscientes…

L'UMAPP, équipe de soins, est partenaire de fait de l'ensemble des secteurs (des pôles aujourd'hui) de psychiatrie de l'hôpital du Rouvray. L'UMAPP fonctionne aujourd'hui avec 0 ,6 ETP médical, deux psychologues à mi-temps, 4 infirmiers, un cadre infirmier, une secrétaire.

[54] Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

V-4-1L'accueil

Au regard des personnes que nous rencontrons et en fonction des préalables de «non-demande psy» et de souffrance psychique caractérisant globalement la population SDF, nous avons d'abord réfléchi et peaufiné la notion d'accueil, trop souvent escamotée dans tous les lieux de soin**.** *Accueillir, c'est déjà soigner*, au sens où il ne *se passe rien sans ce début*. C'est l'action de recevoir. Nous adressant à une population plutôt marginale, se repérant mal dans le temps, se référant peu au temps ordinaire au profit d'une mortifère circularité, il nous a semblé indispensable de permettre un accueil dit « de bas seuil », quasi inconditionnel, avec une permanence généralement infirmière (mais tout professionnel de l'UMAPP peut accomplir ce travail) pour recevoir les patients instantanément, selon les modalités les plus souples possibles : seuls ou accompagnés par un tiers (travailleur social le plus souvent), dans un bureau ou dans un espace moins « enfermé », avec un café souvent, parfois à plusieurs soignants, voire en groupe ouvert (« l'accueil café » que nous avons animé avec une infirmière pendant 10 ans)… Recevoir les patients à leur rythme, sans aller trop vite avec eux vers l'intime.

V-4-2 Consultations

Les différents professionnels de l'UMAPP proposent des consultations sur rendezvous, « chez nous ». Chacun peut avoir des prises en charge qui peuvent donner lieu à des orientations à l'intérieur de l'équipe ou vers d'autres services. Il n'y a pas (pas encore ?...) de butée dans le temps pour les prises en charge.

V-4-3 Permanences dans des lieux sociaux et « l'aller vers »

Outre le travail « chez nous » et pour répondre aux spécificités de la « non-demande» évoquées, nous avons développé des permanences dans plusieurs institutions fréquentées par les SDF, en journées ou en soirées : lieux d'hébergement d'urgence, lieux d'accueil de jour notamment. *C'est le travail de « l'aller vers »,* mené avec le concours de nos partenaires du champ social. Nous avons également tissé des liens avec des équipes de bénévoles (notamment celle du SAMU SOCIAL localement, mais aussi des lieux d'écoute, des associations à caractère religieux, les Secours, la Croix Rouge, etc…).

Nous sommes soucieux de tenter, pour chacune des personnes que nous rencontrons, l'institution d'une accroche favorable. Ce aussi avec des personnes plutôt rétives et ayant très souvent été déçues (ou malmenées ?) par la psychiatrie antérieurement. Notre approche peut employer le long terme, le côtoiement sans plus « d'action ». Que l'on nous repère, *et toujours en tant que professionnels de la psychiatrie*, non sous une pseudo-identité professionnelle, nous importe tout à fait.

Pour les hospitalisations, nous ne faisons pas nous-mêmes de HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) ni a fortiori de H.O. (Hospitalisation d'Office), dans le souci de conserver notre position telle que venant d'être dépeinte.

V-4-4 Un modèle éloigné de la notion d'urgence où il faut paradoxalement « prendre son temps hâtivement »

Nous avons appris à relativiser la notion d'urgence (quand elle n'est pas absolue). Prendre plus de temps pour préparer les hospitalisations par exemple, pour annoncer préalablement le cas au service qui prendra le patient en charge, pour accompagner (Maître mot peut-être…). Ceci venant aussi contrer l'accueil trop souvent rejetant réservé aux SDF dans les services*. Ces efforts viennent dans le but précis que l'action soit consentie*, utile et puisse déboucher sur un suivi véritablement aidant. Ne pas agir en urgence, donc, avec la dramatisation (contre-productive souvent) de l'urgence hospitalière *mais toujours rapidement*, en tentant de considérer tout problème au plus tôt, toute alerte au sérieux, sans fin de non-recevoir. Tout doit être mené paradoxalement *avec lest* pour ces patients qui, n'étant objectivement pressés par rien pourrions-nous penser[55], ne supportent pas l'attente, la salle d'attente, le délai… Il nous faut *prendre notre temps rapidement*, à l'image des existences paradoxales de nos patients et de leur étrange inscription dans le temps et dans la vie.

C'est aussi souvent, dans les cas annoncés « urgents », l'angoisse des travailleurs sociaux et/ou leurs présupposés que nous devons prendre en compte.

V-4-5 L'aide aux aidants

Notre pratique nous mène aussi *à « aider les aidants »*[56], à soutenir les équipes s'occupant d'individus précaires aux personnalités parfois étranges, qu'il n'est jamais si évident de comprendre, de contenir, voire qu'il n'est peut-être pas si *« socialement naturel »* (chacun appréciera la formule) d'aider : comment, en effet, apprendre à accueillir «les indésirables» ? Ces personnages errants ne sont-ils pas fondamentalement considérés comme des anti-modèles ? N'incarnent-ils pas ce que l'on a appris à ne surtout pas devenir : une manière d'être à rejeter ? Notre travail porte longuement, plus loin, sur cet aspect incontournable de la situation de rencontre avec les SDF et avec les errants.

Avec l'augmentation des cas psychiatriques dans la population SDF (Mercuel, en 2012, parle de plus de 30%) mais aussi des « incasables » ni vraiment psy, ni vraiment « normaux », souvent aptes aux impulsions et aux violences, aux conduites perverses

[55] Avec cette tendance que nous pouvons tous avoir de considérer qu'ils passent leur vie à ne rien faire et qu'ainsi, contrairement aux « actifs », il ne peut pas être grave pour eux de patienter.
[56] Formulation héritée du rapport Strohl/Lazarus (1995).

en institutions (car le monde de la rue n'est pas que de douceur et de sucre…), le soutien aux équipes semble tout à fait primordial.

Soutien qui ne peut se confondre avec de la supervision d'équipe : la supervision suppose que l'intervenant extérieur puisse se placer dans une « position méta » permettant l'élaboration du travail du groupe et de chacun. Ici, *il s'agit d'un travail de partage d'équipe à équipe:* la personne, la situation dont il est question, il nous reviendra potentiellement d'intervenir nous-mêmes concrètement pour elle. Nous y reviendrons en essayant de proposer une définition de ce que peut être *le travail partenarial* à propos de l'aide à fournir aux plus exclus.

V-4-6 Equipe de soins pluridisciplinaire

Notons que notre équipe ne dispose pas pour elle-même d'un temps de supervision extérieure[57]. Par contre, nous avons un temps long d'échanges entre nous chaque semaine pour évoquer nos prises en charge, nos nouvelles rencontres et nos positionnements dans l'équipe et chez/avec les autres. Il nous semble que dans notre contexte la notion d'équipe fonctionne, elle est cultivée: sans présupposé de hiérarchisation des savoirs, chacun a un intérêt pour l'autre. Nous nous servons les uns des autres, nous utilisons avec certains patients le transfert difracté, nous nous étayons… Nous essayons de faire jouer au plus, de maximiser les complémentarités possibles.

Nos interrogations mises en commun nous permettent de détoxiquer nos tendances à rejeter les indésirables. Nous traitons ensemble nos préjugés (face aux figures du négatif social) autant que nous traitons nos contre-attitudes idiosyncrasiques vis-à-vis de telle ou telle autre situation.

L'humour est ici un levier utile sinon indispensable et hautement valorisé. L'ambiance s'en ressent généralement favorablement.

A l'UMAPP, chacun travaille dans le même sens mais fonction de sa personnalité et de sa formation. On ne renonce pas à son identité professionnelle, on la conserve et peut-être la fait-on évoluer avec ce type de pratique qu'est « l'aller vers »[58] qui nous confronte à d'autres fonctions, d'autres réflexions, qui nous ouvre à une pratique de la psychologie (pour les psychologues, mais pour tous les autres professionnels également) sursaturée d'événementiel, de pragmatique, de réel et de casse en marche, de pulsion de mort en action, de logiques externes/sociales excluantes… Les psychologues apprennent quant à eux à considérer la vie psychique sans qu'elle soit

[57] Ce qui est malheureusement le cas de nombre d'équipes de psychiatrie, ce constat venant donner raison à l'adage du cordonnier toujours le plus mal chaussé. Ajoutons que dans les équipes pluridisciplinaires, les psychologues sont les seuls professionnels supervisés (à leurs frais), souvent les seuls à avoir suivi une psychanalyse, les seuls à poursuivre une réflexion théorique et clinique les incluant pleinement. Ces efforts nous semblent avoir un intérêt pour l'ensemble du groupe soignant, à condition que celui-ci puisse admettre ces échanges et l'intérêt de ces apports. C'est le cas à l'UMAPP.

[58] Voir Conseil, Jan (2003). « Ce que le travail auprès des exclus a changé pour nous », texte en ligne sur le site rrapp.fr

distanciée de la vie tout court (nous pouvons croiser nos patients dans les foyers, au réveil, en soirée, dans un lieu d'accueil de jour ou encore dans la rue, …).

V-4-7 Une pratique « libre », ouverte

Nous soulignons aussi la nécessité dans une telle pratique de ne pas agir en fonction de protocoles et de prêt à penser. Il est question de situations humaines ne se laissant guère attraper de cette façon. Nous nous fondons sur nos acquis d'une part et sur nos réflexions permanentes en équipe, sur nos lectures, sur nos découvertes pour mener notre travail, pour encadrer/étudier l'après-coup de nos inspirations/improvisations cliniques. Notre savoir est aussi celui d'une construction empirique donc, accumulée par l'expérience. Nous essayons parfois d'écrire nos découvertes, nos « richesses » et de les transmettre, et pas seulement psychologues et médecins.

V-4-8 Travailler avec les autres, dans leur univers

Notre équipe travaille constamment en lien avec des travailleurs sociaux. Nous sommes implantés à dessein, pour faciliter les passages, depuis l'origine sur le terrain même de l'accueil social et de l'orientation des SDF au Carrefour Des Solidarités, même si les lieux UMAPP et CDS sont différenciés.

La richesse de ce travail en partenariat procure à la matière son « inventivité » professionnelle.

V-4-9 Intérêt de la recherche clinique et du partage hors l'UMAPP

Ajoutons que, de par l'aspect particulier de cette jeune pratique, les échanges avec les autres équipes psychiatrie-précarité comportent un fort intérêt. L'ORSPERE a initié ce mouvement de partage des connaissances dès la fin des années 1990, début des années 2000 notamment par ses séminaires fermés à l'Arbresle près de Lyon (auxquels participaient des professeurs de psychologie de Lyon II tels René Roussillon et Bernard Duez, des sociologues, médecins du travail, équipes de soins rencontrant de grands exclus, psychanalystes, historiens, élus, syndicalistes…). D'autres instances reprennent maintenant le flambeau : notamment les efforts dans ce sens d'Alain Mercuel à l'Hôpital Sainte Anne ainsi que le Séminaire Itinérant de Recherche Clinique initié en février 2008 à ROUEN (depuis : Marseille, Paris, Nantes, Lyon, Le Mans, …) sur différentes thématiques nous étant communes : le refus de soin, l'aide aux jeunes en errance, le tiers dans la relation thérapeutique…

De l'UMAPP est né, sous la forme officielle d'un Réseau financé, le RRAPP (Réseau Régional d'Actions Psychiatrie Précarité) qui vise à la fois la promotion de ce type de travail dans la région comme son nom l'indique (avec des informations, des échanges

et des formations à l'adresse des travailleurs sociaux et des professionnels de la psychiatrie) et l'entraide entre les différentes équipes régionales, Seine–Maritime et Eure : Rouen, Evreux, Le Havre, Dieppe).

L'une des idées serait de développer des modes professionnels pour mieux aborder la souffrance psychique/psychosociale et la grande précarité (souvent domiciliée et incurique) en milieu rural. Malgré la réduction absolue des budgets pour cette instance, un site internet comprenant des articles, des informations consultables gratuitement continue d'exister : rrapp.fr.

Un documentaire a été réalisé par Philippe Masse en 2013 sur le travail de l'UMAPP, film intitulé *Les passeurs de soins* produit par Mil Sabords et FR3 Normandie.

V-5 Principes actifs pour l'application d'un travail partenarial authentique

Le travail à l'UMAPP sur une période longue a permis que nous puissions tenter de dégager les principes nous ayant semblé pertinents de ce que l'on appelle le travail partenarial. Nous proposons 8 principes de base qui conditionneraient le bon fonctionnement de la « *méthode partenariale* », pouvant, en la résumant au plus, se définir par un *« transfert de transfert »*[59].

Même si des distorsions inconscientes peuvent atteindre ces « bons principes », l'intention qu'ils portent est nécessaire nous apparaît-il.

1 _ D'abord certainement, un pré requis existe : celui d'un investissement suffisant vis-à-vis de l'usager/patient qui doit être informé et d'accord pour les démarches à suivre[60]. Il ne s'agit pas simplement d'orienter vers un autre professionnel, jugé plus compétent : ce n'est pas une simple passation de l'un à l'autre, d'un champ à l'autre, mais bien d'un accompagnement double et complémentaire dont il s'agit. Si un travailleur social amène à un psy (infirmier, psychologue, psychiatre) son usager, c'est pour le faire devenir le patient de celui-ci. Mais c'est aussi, pour lui, continuer sa prise en charge. Il ne s'agit pas d'esquiver la relation d'accompagnement avec cet homme ou cette femme mais bel et bien de la poursuivre, dans des conditions désormais différentes, peut-être plus rassurantes[61].

2 _ Le travailleur social, en allant vers le psy pour son usager, va travailler pour un accès aux soins de celui-ci. Ce faisant, il va aussi travailler pour lui-même: *sa générosité l'intéresse lui aussi,* pourrions-nous dire. Si l'on admet que le psy puisse prendre la place qui lui revient, dans le respect de son identité professionnelle, le

[59] Nous reprenons dans cette partie les éléments d'une intervention que nous avons réalisée à Grenoble en 2008 dans un congrès intitulé *Prendre soin, une préoccupation à partager. Santé mentale et dispositifs d'accueil et d'hébergement des personnes en situation d'exclusion*.

[60] Secret professionnel partagé. Voir annexe N°5.

[61] Il s'agit de sortir de la logique de la « patate chaude ».

travailleur social pourra faire son travail, « détoxiqué » autant que faire se peut, des aspects psys. Pour le psy, il en va de même à l'envers.

3 _ Pour que ceci puisse être considéré, il est plus qu'utile que le psy et le travailleur social aient comme intérêt commun *le bien être global de la personne à aider*. Dans cette acception[62], le psy ne peut être indifférent à la réalité sociale de son patient, même s'il ne la traite pas lui-même. Et inversement pour le travailleur social.

4 _ Ce type de pratique s'inscrit nécessairement dans le *partage d'un secret professionnel.* Il ne s'agit pas nécessairement de tout dire à l'autre mais de peser ce qu'il lui sera utile de savoir pour l'exercice de sa fonction, de sa profession auprès de l'usager/patient.

5 _ Les deux aides conjointes se déroulent parallèlement, dans deux domaines différents, généralement différenciés dans le temps et l'espace (quand la personne aidée est chez le psy ce n'est pas comme lorsqu'elle est avec son accompagnant social et inversement).

6 _ Chaque professionnel impliqué doit pouvoir considérer son concours dans l'aide à la personne *comme aussi important que celui de l'autre*, dans le champ complémentaire : sans aide psy, l'aide sociale patine ; sans aide sociale, l'aide psy n'est pas accessible. Les savoirs et savoir-faire, aussi savants soient-ils, ne devraient pas être entre eux hiérarchisés, ne devraient pas être mis en concurrence.

Cette importance égale dans l'aide pour le patient n'est pas toujours admise, ce qui rend alors le travail partenarial inauthentique à notre avis. C'est le cas lorsque la psychiatrie devient péremptoire (une position bizarrement moderne nous semble-t-il) mais il est des dossiers où l'opposé se vérifie.

7 _ Le travail partenarial peut exister même si l'usager à qui il s'adresse ne souhaite pas poursuivre avec l'un ou l'autre de ses aidants, psy ou travailleur social. Le cas le plus fréquent est la rupture du soin, le « cure », tandis que se poursuit le « care », l'aide sociale et immédiate assurant la survie. Pour autant, même si l'usager renonce à être patient, il est souvent utile que le psy continue de pouvoir échanger avec le travailleur social dans le souci de permettre un accompagnement malgré tout « non isolé »[63] pour ce dernier professionnel.

8 _ Parler de travail partenarial, c'est définir aussi les cas pour lesquels il paraît indiqué. Il ne concerne notamment pas le névrosé ordinaire, le patient capable d'autonomie plus largement, capable de s'orienter par lui-même, ne nécessitant pas d'accompagnement incarné pour aller vers la rencontre psy.

[62] Que nous rappelons proche de la définition de la santé par l'OMS : bien être somato-psycho-social.

[63] Dans les débuts de la mise en pratique de ce type d'échange, il nous semblait découvrir que, vis-à-vis d'une situation humaine complexe, nous positionnant dans l'impuissance, le simple partage de données permettait d'une part un soulagement _ c'est-à-dire la reconnaissance de l'angoisse par laquelle nous étions touchés _ et éventuellement la définition coordonnée, d'actions souvent jusqu'alors inédites.

Notons qu'annoncer l'intérêt d'une aide psy semble pouvoir être considéré comme une tache spécifique de l'exercice du travail social. Remarquons qu'il n'en est jamais question dans les formations initiales. Ceci est tout aussi vrai du côté de la formation des médecins (psychiatres) et des psychologues.

Nous avons proposé (Jan, 2008) la comparaison entre ce travail et « l'annonciation» dans le champ anthropologique, conception empruntée à Jeanne Favret-Saada et Jean-Pierre Castelain. Nous reprenons ici ces notions.

V-5-1 L'annonciation (dans le champ anthropologique)

Ce terme d'annonciation est emprunté au champ de l'anthropologie. Il a été employé par Jeanne Favret-Saada (1977) et par Jean-Pierre Castelain (1989) étudiant respectivement la sorcellerie dans le bocage normand et l'alcoolisme chez les dockers du Havre.

Qu'est-ce qu'un annonciateur ? Dans le contexte de l'étude de Favret-Saada, il s'agit d'une personne assistant au malheur d'une autre et l'interprétant, dans une culture leur étant commune, d'une façon spécifique : ici par la logique de l'attaque sorcière. Cette interprétation repose sur l'expérience propre de l'annonciateur qui, lui-même, a connu une désorganisation du même ordre et qui a réussi, en suivant la voie dont il témoigne, à sortir de l'inexplicable, à trouver un sens aux choses (mystérieuses) dont il était victime[64] et à recouvrer une position active dans son monde. Tout se passerait ici comme si cette sentence pouvait trouver légitimité : « si tu as subi cette suite de déconvenues, c'est qu'un sort t'a été porté ». L'annonciateur amène la personne souffrante à agir de manière culturellement syntone, notamment en allant voir un guérisseur/désenvoûteur qui développera des techniques susceptibles d'être acceptées et agissantes dans le groupe humain considéré. L'annonciateur est celui qui permet l'accès à une autre logique, incluse dans la culture globale bien que marginale, acceptable en conditions extrêmes.

Jean-Pierre Castelain s'inspire de cette étude de Favret-Saada pour aborder un problème différent. Dans un groupe (ou sous culture) donné(e), celui (homogène) des dockers du Havre, boire est une marque d'appartenance. « Le boire » est codifié et valorisé jusqu'à un certain point : celui de la maladie. Il montre que l'arrêt de l'alcool, nécessaire à la survie, peut mener à l'exclusion du groupe. Pourtant, si un abstinent réussit la prouesse de maintenir son appartenance (même de façon marginale, sans l'item du partage de l'alcool), il pourra servir de référence à d'autres candidats par son exemple. Si un médecin indique, « annonce » à son patient docker qu'il faut arrêter l'alcool, il ne sera pas écouté de la même façon qu'un homme proche par sa condition qui, par ailleurs pourra faire de son expérience un récit accessible et déclencheur de changement pour ce candidat. Son « annonciation » sera d'autant plus entendable qu'il connaît le phénomène de l'intérieur et qu'il trouve une voie d'existence ne

[64] « Le sens de l'insensé » pour reprendre le titre d'un article de 1983 d'Andras Zempleni.

remettant pas toute « l'identité ethnique » du sujet en question (venant affirmer donc dans le travail de Castelain la possibilité de rester docker tout en ne partageant plus l'alcool).

Dans ces deux exemples d'annonciateurs, *nous voyons que le sujet « annoncé » et l'annonciateur partagent une même culture, sont proches de par leur identité de groupe culturel*[65]*.* L'annonciateur fait usage de son expérience propre pour guider « l'annoncé ». La voie de dégagement que propose l'annonciateur au receveur de son message est aussi codifiée culturellement (dan les sous-cultures envisagées ici).

Il n'en va pas de même entre un travailleur social et un usager, qui la plupart du temps ne partagent pas une proximité évidente, même s'ils appartiennent le plus souvent au même groupe culturel).

V-5-2 Le travail d'annonce réalisé par le travailleur social dans le champ de la grande exclusion et en contexte de travail partenarial : notion de *transfert de transfert* à partir d'une fiction relationnelle heuristique[66].

Prenons maintenant l'exemple d'un travailleur social que nous nommerons Albert, dans un Centre d'Hébergement d'Urgence recevant pêle-mêle différents types individus que rien ne rapproche : hommes de toutes nationalités, présentant des troubles psychiques ou non, des difficultés sociales différentes allant de la grande désinsertion à l'écueil transitoire, des hommes de tous âges, originaires de milieux sociaux potentiellement très divers… Ce travailleur social reçoit des pauvres de diverses origines ; le groupe dont il s'occupe est un groupe forcé par la misère en quelque sorte, sans aucune raison d'être sinon celui de l'abri commun sollicité, en aucune manière homogène.

Prenons l'exemple de Georges, un « hébergé d'urgence » du centre en question, présentant une désocialisation accrue depuis la perte de son emploi, depuis le départ de sa femme et la mort de sa mère, une recrudescence de son alcoolisme depuis ce dernier événement et des troubles dépressifs[67].

Albert ne vient « pas du même monde » que Georges. Même s'il souhaite aider cet usager fréquentant la structure dans laquelle il travaille, cet homme qu'il sent souffrant et *pour qui il ressent le besoin d'une aide,* il ne représentera jamais pour lui un « annonciateur » tel que culturellement décrit précédemment. Par contre, comme nous disions plus haut, Albert voit le quotidien de Georges: ses soirs et ses matins, ses nuits

[65] Identité ethnique aurait dit G. Devereux. .

[66] Notons que *l'annonciation* serait plus justement nommée dans le champ que nous étudions dans le cas des « travailleurs pairs», anciens SDF embauchés par l'équipe de soins (de Vincent Girard à Marseille par exemple) pour aller vers les gens de la rue, avec le présupposé qu'ils auront plus facilement d'influence que des professionnels *non-initiés* de l'intérieur à ce type de vie. Ceux-ci font usage de leur expérience vécue pour leur travail d'annonciation, contrairement aux travailleurs sociaux ne connaissant pas le phénomène de l'intérieur.

[67] C'est en tout cas ce qu'il peut dire de sa situation ; nous aurons loisir de revenir sur ce type de parcours expliqué par des événements déclencheurs standards.

aussi. Il « sait des choses » sur Georges, a des observations sur ses habitudes, ses rires, ses pleurs, ses malaises, ses questions, etc… Il entend aussi ce que Georges peut dire de lui-même à différents moments, il entend possiblement ses rêves et ses cauchemars.

Albert prend soin de Georges un peu à différents moments, jusqu'à ce que ce dernier le repère comme quelqu'un sur qui il peut compter pour différents services, pour l'écouter aussi, parfois la nuit, parfois le jour… Albert voit Georges vivre aussi dans le service : il voit quel genre d'homme il est, quel genre de professionnel aussi, comment il réagit avec les uns et les autres et s'adresse plutôt à lui qu'aux autres éducateurs. Par choix. Quelque chose rapproche ces deux-là.

Georges repère qu'Albert l'investit plus que les autres professionnels et l'accepte[68]. Il devient institutionnellement son « référent ». Leurs nombreuses rencontres, formelles et informelles, amènent Albert à devenir pour Georges quelqu'un de fiable, de confiance peut-être, pour une part aussi un confident. Albert est dépositaire d'un récit de vie livré par Georges. *Qu'en faire?*

Albert se rend compte que Georges souffre, qu'il ne réussit pas à arrêter d'être comme il est : désespéré parfois, bizarrement indifférent à lui-même souvent, fanfaron sous alcool…

Albert fait son « pré diagnostic » du malaise de Georges. Fort de son côtoiement quotidien avec lui (qui est très susceptible, qui ne supporte d'ordinaire guère les critiques), il remarque que *lui* peut se permettre de renvoyer à Albert des éléments que personne d'autre ne peut dire, sous peine de se faire rabrouer ou de casser le lien.

Georges ressent qu'Albert, quand il lui parle, «ne se moque pas», que « c'est pour son bien », même si ce n'est pas toujours agréable. Albert ressent tout à fait que pour dire ces choses « vraies » à Georges, il doit utiliser l'humour, *il doit faire usage de tout son tact*. *Un traumatisé de la vie est d'abord un écorché susceptible qui ne peut être abordé qu'avec égards*[69].

Albert sait aussi que Georges devrait pouvoir rencontrer un soignant. Il commence à en parler à Georges qui dénie tout problème avec l'alcool mais admet l'existence d'un sentiment triste en lui. Petit à petit, pas à pas, il entend ce que lui annonce Albert: l'intérêt de parler à un psy, dans l'idée que cet autre professionnel fera « quelque chose d'autre » de ses paroles. La caution (et l'insistance) d'Albert permet que la chose soit envisagée avec moins de réticence. Albert, depuis le temps que dure son accompagnement pour Georges, pense à Karl, un psy avec lequel il travaille. Il sait qu'à cette adresse il peut compter sur un accueil correct, attentif, sur un temps suffisant pour poser les choses sans trop de conditions. Il sait qu'il peut accompagner les patients jusqu'à lui, rester avec eux s'ils le souhaitent.

[68] Il semble que les travailleurs sociaux seraient de moins en moins formés et autorisés à pouvoir considérer leur action professionnelle personnelle comme étant *pour de vrai* incarnée, unique et non remplaçable. Cette observation se retrouve aussi dans le travail infirmier.

[69] Nous pouvons rapprocher cela du fait d'une parole authentiquement porteuse d'intérêt, de sens, de lien, ce que met en avant Olivier Douville dans son approche des jeunes en errance (voir chapitre III de ce travail).

Il sait que Karl peut partager certaines de ses impressions avec lui et tenir compte de ses observations. Albert pourrait commencer à évoquer une telle rencontre avec Georges, en acceptant avant de décortiquer avec lui ses réticences, ses éventuelles mauvaises expériences antérieures avec la psychiatrie ou l'aide psychologique.

Deux commentaires

Si nous nous arrêtons sur cette séquence imaginaire mais emblématique de nombre de situations, nous voyons qu'elle se rapproche certainement d'une forme de « travail d'annonciation », de guidage et d'influence. L'annonciation en ethnologie comme l'annonce psy par le travailleur social *n'est pas une leçon apprise;* ce n'est pas une «influence plaquée » (du type « un problème-une solution »): c'est ce que trouve l'un à dire à l'autre pour l'aider de façon sincère, attentionnée, une parole fondée sur une ferveur, en fonction de ce que l'annonciateur connaît du dedans (de par son vécu), en fonction de ce que le travailleur social connaît professionnellement du mode professionnel de Karl dans l'exemple. Ce n'est pas celle de l'ange Gabriel à Marie, il n'y a rien ici de merveilleux. C'est l'usage que ferait le travailleur social, Albert, de son transfert (professionnel : Albert n'a jamais été le patient de ce praticien) positif sur Karl et sur sa manière de travailler. Albert utiliserait le transfert positif de Georges sur lui pour le mener vers ce qu'il pense pouvoir être une clef pour l'aide. Albert est favorable à ce type de manière de faire de la psy. Peut-être a-t-il un apriori positif sur la psy pour avoir eu recours lui-même à ce type de traitement, mais pas forcément (contrairement à l'annonciateur anthropologique qui fait part de son expérience propre directement).

Selon nous, Albert pratique un exercice se rapprochant de l'annonciation. Il utilise le transfert positif de Georges sur lui pour lui faire profiter à son tour de son transfert favorable sur le dispositif représenté par Karl. *Il y a « transfert de transfert ».* Ceci serait rendu possible par la connaissance suffisante de la vie quotidienne de Georges par Karl et par l'assurance que Karl respectera et se fondera lui-même sur cela pour son action spécifique. Comme dans l'annonciation ethnologique, existe implicitement une notion de durée : l'annonciateur de Favret-Saada continue d'être le voisin, l'ami, etc… Dans le cas d'Albert et de Georges, ils poursuivront leurs rencontres.

Le second commentaire que nous soumettons part du questionnement sur la possibilité actuelle de perdurer dans ce type de pratique. Dans un monde psychiatrique semblant de plus en plus péremptoire, défensivement adossé à son savoir, peu enclin au « bricolage » (au sens noble de l'empirique) et aux expériences nouvelles peut-être, sera-t-il possible longtemps de faire ainsi ?

Nous renvoyons à l'annexe N°6 pour plus d'éléments sur ce point (Aspect peu congruent des EMPP avec la tendance que nous croyons déceler d'une psychiatrie moderne péremptoire et standardisante et d'une aide sociale appauvrie).

VI– Plan de la recherche

Nous cherchons à aborder l'errance depuis les cliniques de la grande précarité, de l'exclusion.

Après avoir dit comment fonctionnait notre Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, après avoir exposé comment nous rencontrons nos patients, après avoir rappelé comment ce type de travail s'inscrit dans la suite des efforts pour venir en aide aux personnes démunies, il nous faudra distinguer progressivement l'errance comportementale, c'est à dire l'errance manifeste, de la matière que nous visons, subtile et cachée : *l'errance psychique,* que nous appelons également *errance authentique*. Notre introduction a déjà permis de différencier de l'errance des formes d'être faussement rattachées à elle comme le nomadisme, la vie apparemment vagabonde des saisonniers, hobos, chemineaux…

Les comportements apparemment errants des SDF ne le sont pas forcément au sens de l'absence de but qui définit l'errance vraie. Beaucoup d'entre ces personnes à la rue poursuivent un but bien que nous ne voyions d'elles que leurs pérégrinations démunies dans l'espace public, leur désœuvrement. D'où notre intérêt pour cette étude, venant essayer de mettre de l'épaisseur à ces diverses vies injustement et faussement rabattues à l'erreur de l'errance.

La lecture, culturellement déterminée, préjugée, vis-à-vis de l'homme de la rue, embrouille les nuances. Avec elle, toute personne devenue SDF est nécessairement en erreur et en errance vis-à-vis du groupe.

La première partie de notre travail se propose d'expliciter ce mécanisme globalisant, produisant une pensée standard et largement ambivalente quant aux individus actualisant ce type de conduite/inconduite dans notre société.

Cette première partie correspond à l'analyse anthropologique du phénomène, employant des contributions d'historiens, sociologues, anthropologues, ethnologues, employant aussi des matériaux culturels vivants comme certaines œuvres artistiques pour illustrer le fait que les représentations culturelles concernant les « errants manifestes », les SDF, font partie de ce que nous apprenons en apprenant à vivre dans notre société, malgré nous, et sont constitutives d'une partie de ce qui nous définit par comparaison à ce qu'il est négatif de devenir.

Pourquoi poursuivre ce long méandre avant d'arriver aux questions cliniques qui intéressent d'abord notre spécialité ? Parce *qu'il n'y a pas de psychologie clinique sans anthropologie clinique* nous dit Olivier Douville[70]. Ce méandre n'est pas asséché, il doit être poursuivi pour accéder à la matière. En effet, si le clinicien n'est pas conscient du « négatif social » soulevé par la question du SDF, s'il reste aveugle au fait d'être lui-même colporteur (malgré lui) des stéréotypes et valeurs excluantes de son groupe, il y a peu de chance que son travail soit authentiquement valide. Ce premier temps est préalable nécessaire pour un (plus) juste positionnement clinique, pour une meilleure

[70] Douville O.; Fotso-Djemo Jean-Baptiste, article (non daté) en ligne sur le site web d'Olivier Douville

capacité de pensée réflexive sur la part de soi héritée de la culture. Pour ne pas nuire à qui nous prétendons apporter de l'aide (*primum non nocere* d'Hippocrate), il est ici utile d'être justement informé.

Après cette déconstruction, nous abordons dans notre **seconde partie** les cliniques de la grande précarité. Nous essaierons d'exposer comment elles nous apparaissent ici, dans une grande ville française, au début de ce XXIème siècle, depuis le travail en EMPP, au travers de nombreux cas cliniques, vignettes brièvement évoquées ou plus longuement développées. Après avoir parlé de ce que peut être « la vie sans chez soi », la parentalité à la rue, la question des liens entre SDF, nous aborderons la question de la folie psychotique à la rue, des clochards non psychotiques, des jeunes dits en errance, de l'errance contrainte des demandeurs d'asile, des dynamiques de survie, la question de l'alcool, celle de la névrose à la rue, de la démence.

Nous terminerons cette seconde partie par des confrontations : l'errance et ce qu'elle n'est pas. En effet, si nous avons vu que l'errance est un vocable (globalisant) exagérément utilisé par la pensée commune, il est souvent fait état d'errance en clinique psychiatrique alors qu'il n'en est rien. Nous avons considéré utile aussi de confronter l'errance avec des notions psychopathologiques pouvant sembler proches mais néanmoins bien distinctes.

Nous avons conçu notre **troisième partie** comme une instance d'approche de ce que peut être l'errance interne, authentique dans son installation, dans sa dynamique. Les apports de plusieurs théoriciens analystes nous permettront de constater un accord de vue global.

Nous proposerons enfin de concevoir l'errance comme une pathologie proche de l'état limite, avec des variantes notoires : pas de recours à l'objet, pas de comblement du vide par une construction interne de type relation d'objet anaclitique. Le recours serait ici externe : toxiques, objets- non-objet, recours au double, recours comportemental.

Nous considérerons que l'errance authentique provient d'une tombée dans une dynamique de survie précoce, sans moyen de faire recours (comme, quand cela se passe, chez l'adulte) à une vie antérieure au traumatisme pour plaquer une reconstruction. Le vécu agonistique du sujet le propulse vers un blocage de sa personnalité, vers un impossible recours à l'objet auquel il ne peut (plus) s'accrocher.

Le sujet devant actualiser (par « réflexe ») une dynamique de survie en acquiert une crise qui ne être résolue ; « crise permanente » (expression paradoxale) en quelque sorte, selon des mécanismes de défense incapables d'autoriser une réelle organisation de la pensée.

Nous finirons par proposer la notion *d'errance essentielle*, en référence notamment à la *dépression essentielle de Pierre Marty*, avant de **conclure** sur l'intérêt d'une telle conception pour comprendre et accompagner les sujets en relevant (en déduisant des logiques institutionnelles moins défavorables pour leur confort, les intérêts et limites psychothérapeutiques) et en réfléchissant à son apport pour penser

l’accompagnement institutionnel d’enfants porteurs d’une telle « adynamique » dans un souci de prévention ou de « moindre casse ».

Avant d’entrer dans les chapitres, précisons encore un point de forme : s’il n’est pas classique de réaliser une revue de littérature en fin de thèse, de la poser là nous a semblé pertinent et congruent avec le souci d’un cheminement partant des métacadres culturels, passant et se fondant sur l’observation clinique puis sur le travail comparatif de confrontation pour arriver à l’essai théorique. Nous nous sommes accordé la liberté *de commenter*, en fonction de nos propres idées et hypothèses, les contributions que nous citons comme nous l’avons mise en place dès les premières pages de cette recherche: le fil de la pensée propre de l’étudiant infiltre autrement l’essai (dans son entier) avec cette manière de faire que nous avons élue.

CHAPITRE I

FORMATION CULTURELLE D'UNE PENSEE STANDARD AMBIVALENTE SUR CEUX QUI SEMBLENT ERRER. REPRESENTATIONS ET PREJUGES CONCERNANT LES PERSONNES DITES EN ERRANCE.

« Nous ne pouvons être des génies mais il y a bien des manières d'éviter d'être des sots».

Georges Devereux[71] (1980)

« On n'interroge jamais assez le familier au point qu'il peut nous sembler naturel ».

Patrick Fermi[72] (1998)

« Mais les braves gens n'aiment pas que

« L'on suive une autre route qu'eux.

Georges Brassens, *La mauvaise réputation*, 1952.

[71] *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, page 192.

[72] « Le contre-transfert culturel », page 7.

Introduction: un détour anthropologique nécessaire (si les mots ont un sens)

Le domaine que nous étudions, qui se déroule à la fois sur la scène publique et dans l'intimité des individualités concernées (que nous aborderons ailleurs), est saturé de contre-transfert et de préjugés négatifs ou ambivalents. Il semble même difficile de trouver un domaine où l'observateur influe autant sur le sujet observé, toute action, toute réflexion ici contenant des préalables hors neutralité.

La découverte de la profondeur réelle des phénomènes relevant de l'errance se fait d'abord au prix et à la difficulté de la suffisante critique des pensées toutes faites, culturellement véhiculées, vis-à-vis de la population en question.

Le texte déjà cité « Pas de psychologie clinique sans anthropologie clinique » d'Olivier Douville et Jean-Baptiste Fotso-Djemo (2010?) corrobore le positionnement que nous essayons de trouver: si possible prudent, documenté, sans raccourcis excessifs, sans escamotage de complexité. La question culturelle n'est définitivement pas que celle des immigrés.

Cette partie de la thèse se dédie à la place des idées préconçues dans une culture _ la nôtre _ et à la façon dont celle-ci tend à rejeter certaines façons d'être. Les cliniciens comme leurs patients, SDF notamment, sont autant concernés que quiconque par ces éléments : nul n'y échappe.

D'où la particulière importance pour le travail clinique (comme pour le travail des ethnologues sur la question) de pouvoir en être conscient afin, *autant que faire se peut,* d'en éviter les conséquences : rejets, fins de non-recevoir, annulation de subjectivités, de sensibilité, d'égalité, de souffrance…

Le clinicien ainsi informé ne peut plus être naïf de lui-même ni des résistances sociales comme un *naïf sociologique* vis-à-vis de l'aide apportée aux sans-logis et aux errants.

Cette partie est conçue comme une progression pour nous permettre ensuite l'abord clinique de notre matière : l'errance psychique. Nous progressons avec ce premier chapitre dans nos connaissances sur ce que le social globalise comme vue (négative) sur l'errance manifeste, les SDF, les vagabonds, pour pouvoir les aborder cliniquement sans être contaminés par ces pré-pensées empêchant les rencontres.

L'abord du concept de culture, de la notion de personnalité de base (Ralph Linton), de quelques aspects de l'inconscient groupal (Kaës), de la structuration double du psychisme humain selon Devereux, donnera un éclairage particulier sur le contretransfert d'origine culturelle. Ces fondements nous aideront à mieux comprendre le sort socialement réservé aux errants.

Les stéréotypes et préjugés, concepts empruntés à la psychologie sociale que nous allons expliciter dans ce chapitre, évoluent lentement et se construisent dans un cheminement historique. La reprise de travaux historiques précisément, visant le

comportement manifeste d'errance, le vagabondage, donnera une épaisseur aux manières de réagir actuelles face aux SDF.

L'abord concret des « indésirables » clochardisés à l'hôpital puis une discussion sur la notion de sacrifice social termineront le chapitre.

I-1 Culture et intériorisation de la culture. La culture agissante en soi

I-1-1 Concept de culture et fonction de la culture pour l'individu

Le concept de culture est défini au sens sociétal le plus largement (ici le Petit Robert, 1976) comme « l'ensemble des aspects intellectuels d'une civilisation ». Le Larousse 1982 la conçoit comme « l'ensemble des structures sociales, religieuses, etc…, des manifestations intellectuelles, artistiques, etc… qui caractérisent une société ».

L'UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization) retient cette manière de définir la culture : « L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances».

Wikipédia en 2014 met en ligne la proposition d'un sociologue québécois, Guy Rocher : *«un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte."* (Rocher, 1969, 88, cité par l'article de Wikipédia[73]). Apparaît dans cette formulation les notions importantes d'identité (de groupe), de définition/différenciation du groupe culturel par rapport aux autres, de dimension symbolique. La culture d'un groupe valoriserait certaines façons d'être, certaines valeurs en fonction de son histoire, de ses fondements (y compris mythiques/symboliques, composantes bizarrement absentes nommément de l'acception retenue par l'UNESCO…).

Pour Georges Devereux, une culture constituerait un montage original, « artificiel », jamais totalement abouti, en mouvement (et d'autant plus avec l'accentuation des échanges mondialisés) permettant à chacun, en tout cas au plus grand nombre de ses membres, *de s'expliquer le monde* avec les représentations qu'elle propose, de distinguer ce qui est à favoriser de ce qui est à rejeter, de définir et différencier normal et anormal [74].

[73] *Introduction à la sociologie générale*, Montréal (Québec), Canada, Éditions H.M.H., 1968-1969.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture
[74] Voir le texte fondamental datant de 1956 de Devereux portant ce titre dans *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale* (1970).

Il s'agit d'un système prescripteur de codes, règles, limites (licites/illicite; normal/anormal, …), voire des règles d'inconduite[75]. La culture fournit un sens, du sens, tendrait même à proposer « le bon sens » nous semble-t-il. Elle tend à fournir *le* sens du bonheur et de la vie, en fonction de ses mythes fondateurs, de ses croyances. Elle tend à résoudre à sa manière les énigmes de la vie (d'où vient-on, qui sommes-nous, que devient-on après la vie) et à donner des éléments de réponse aux interrogations quant à l'altérité, la différence des sexes (avec une certaine distribution des rôles en fonction de l'appartenance de sexe), aménage la castration. La culture fournit une « panoplie », un ensemble « prêt à porter » de conduites, comme dit Devereux, à ses membres. Les vecteurs culturels préexistent aux individus.

Devereux (1956) propose une conception originale de la culture dans les suites du Freud de *Totem et tabou* (1913), et de *Psychologie des foules et analyse du Moi* (1921). Pour lui, les différentes cultures sont fondées sur des bases inconscientes infantiles identiques. Chaque culture serait en congruence avec ces notions infantiles. Par contre, des sociétés vont refouler (et maintenir sur le plan latent) certains de ces aspects tandis que d'autres vont au contraire les valoriser.

La culture semble bien ainsi ordonner les différences fondamentales (différence des sexes, différence des générations) *sans se proposer d'emblée à sa propre (auto) critique*. Une culture donnée donne un chemin donné comme étant « le vrai le bon » en quelque sorte, *le* chemin à suivre. Il semble possible de poser que le « nous » dominant du groupe culturel soit toujours « mégalomane » et autocentré… Le fait anthropologique connu que bien des sociétés se donnent pour nom *Les Hommes* et offrent aux autres l'appellation *Barbares* ou *Sauvages* le montre peut-être aussi (Fermi, 2009)[76].

Dans *Psychologie collective et analyse du Moi* (1921), Freud évoque la notion de «narcissisme des petites différences ». Devereux (1980, page 76) en donne cette lecture : « Le narcissisme des petites différences » pousse à interpréter les croyances et les pratiques non familières comme des critiques des siennes propres, et fait qu'on y réagit négativement ».

La culture se doit de proposer un système venant contenir l'angoisse de ses sujets devant ce qui représente l'inconnu, le non maîtrisé, le dangereux, l'étranger, l'altérité, proposant une matrice de sens, une symbolisation possible.

Les représentations culturelles, pour Marie-Rose Moro et Thierry Baubet[77], permettent à chaque membre de la société concernée de disposer d'une grille particulière pour comprendre le monde. Ils écrivent en 2003 : « ces représentations culturelles sont des

[75] Voire de « modèles d'inconduite ». Cette référence est abordable dans Ralph Linton. (1986) *Le fondement culturel de la personnalité,* Dunod/Bordas, Paris; également dans le texte cité « Normal, anormal » de Devereux, ce dernier parlant plus volontiers de « désordre ethnique ».

[76] Voir aussi dans cette thèse la partie I-3

[77] (2003). *Psychiatrie et migration*, Paris, Editions Masson.

interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle » (p. 182).

Stéréotypes et préjugés, qui seront définis plus loin, appartiennent bien sûr aux représentations culturelles.

La rencontre des autres cultures est cependant[78] source de plaisir par l'excitation du nouveau, de l'autre, dans une société suffisamment ouverte et tolérante, sans ostracisme excessif.

Une culture donnée est sensée constituer pour chacun de ses sujets une base commune[79], agir dans le sens du « formatage » des individus pour qu'ils puissent se sentir appartenir et participer à la vie du groupe par des liens conformes à ce qui y est attendu. Pour René Kaës dans son ouvrage récent (2012) intitulé *Le Malêtre*, la culture est sensée fournir des défenses « […] communes, notamment contre la solitude, la peur de rester seul dans le besoin et dans le noir, lorsque surviennent la violence et la perte de l'objet. […]. Dans la structuration des systèmes de lien, elle fournit une modalité organisatrice propre, celle des organisateurs socio-culturels, à côté des organisations psychiques inconscientes ». René Kaës précise que les altérités seraient de trois ordres : humain/non humain (animal et inanimé) ; la différence de génération et de sexe entre les êtres humains ; la dernière « s'organise sur la base des différences dans l'ordre des appartenances sociales et de la culture ».

Ces notions permettent de concevoir la culture comme cadre de la (bonne) façon de penser, définir, expliquer la vie d'un groupe. Constituante totalement de ce groupe et de la pensée de chacun de ses membres, *sa portée serait en premier lieu au service de l'autoconservation* nous semble-t-il et formalisée/formulée/symbolisée d'une façon originale.

Il semble en effet que l'autoconservation représenterait le but premier de la culture, visant sa perpétuation. Le cas contraire d'une organisation humaine qui inviterait à l'autodestruction [80] serait en phase pathologique de stress majeur et de mélancolisation (Douville, 2001) active dangereusement généralisée.

Focus sur *la personnalité de base et la personnalité statutaire* de Ralph Linton.

Pour Linton, du travail des *institutions primaires* résulterait la culture d'un groupe particulier, « un groupe organisé d'individus ». Il définit la culture[81] ainsi : « une culture est la configuration des comportements appris et de leurs résultats, dont les éléments composants sont partagés et transmis par les membres d'une société donnée » (Op. Cit. p. 33).

[78] Bienheureusement !

[79] Notion de « personnalité de base » de Ralph Linton, l'un des fondateurs de l'école culturaliste américaine, avec Margaret Mead, Bronislaw Malinowski et Abram Kardiner. Nous reviendrons sur l'apport de Linton plus loin.

[80] Sociétés amérindiennes des années 50 selon l'évocation de Jean-Luc Nahel, cours de DESS de psychologie clinique et pathologique à l'Université de Rouen, 1988.

[81] in *Le fondement culturel de la personnalité,* 1986.

De *la personnalité de base,* Linton en dit notamment ceci (Op. Cit. p.114-115) : «On constatera toujours que les membres d'une société ont en commun un grand nombre d'éléments de personnalité. Le degré de spécificité de ces éléments peut être très variable, allant de simples réponses explicites, comme la façon de se tenir à table, jusqu'aux attitudes les plus généralisées. […] Ces éléments de personnalité commune forment ensemble une configuration bien intégrée que l'on peut appeler la *Personnalité de base (Basic Personnality Type)* pour la société globale. L'existence de cette configuration dote les membres de la société de manières de comprendre et de valeurs communes, et leur permet de répondre affectivement de façon unifiée aux situations qui intéressent leurs valeurs communes ».

Pour cet auteur, ce sont les « institutions primaires » qui fondent le fait qu'un individu appartienne bien à sa culture. Ces institutions ont pour objet de donner les règles s'appliquant, s'imposant à tous (et donc au sujet en question également) dans les relations familiales (interdit de l'inceste, modalité des échanges parents-enfants, intra fratrie, …), la façon de se nourrir. Le travail interne des institutions primaires pour chacun aboutirait donc à cette formation commune à tous : la personnalité de base. Pour Linton, les institutions secondaires du groupe (la religion, l'art par exemple) seraient des expressions de la personnalité de base.

Existeraient aussi *des réponses additionnelles* (Op. Cit. p. 115) liées à l'existence de « […] groupes socialement délimités au sein de la société : c'est ainsi que des configurations différentes caractérisent presque toujours les hommes et les femmes, les adolescents et les adultes, etc. Dans une société hiérarchisée, on peut observer des différences semblables dans les réponses caractéristiques des individus appartenant à des niveaux sociaux différents : nobles, bourgeois, esclaves. Ces configurations de réponses liées au statut peuvent être nommées *Personnalités Statutaires (Statues Personnalities)*. Elles jouent un rôle extrêmement important dans le bon fonctionnement de la société, en permettant à ses membres d'agir avec succès les uns envers les autres sans se fonder sur autre chose que sur le rôle indiqué par leur statut. Ainsi, même quand il s'agit des rapports de deux personnes totalement étrangères l'une à l'autre, il suffit à chacune de connaître la position sociale de l'autre pour pouvoir prévoir comment elle réagira à la plupart des situations ».

Cette remarque, datée dans son expression et peut-être trop entière dans son affirmation, simplifiante, nous semble introduire opportunément la réflexion connexe de l'usage des stéréotypes et préjugés au sein d'une même société.

Commentaire : réflexions introductives pour la place de l'ambivalence et du négatif social vis-à-vis des errants

Il ne semble *logiquement* pas étonnant, après ces précisions, que les hommes et femmes à la rue chez nous à l'heure actuelle, n'incarnant nullement les items positifs valorisés par la culture et la société, soient ainsi difficilement admis, sinon rejetés.

L'autre existe, du dehors et du dedans (Douville, 2014): l'autre étranger venant d'ailleurs, l'autre d'ici comme le fou ou le clochard, les personnes apparemment en errance. Cette frange interne de la société (ces personnes vues comme des groupes mais en réalité non organisées groupalement entre elles comme des minorités coordonnées) serait surtout négativement pressentie, crainte, évitée, voire niée... Le rejet de « l'autre du dedans » pourrait s'imager comme un corps biologique refusant un corps en lui qu'il ne reconnaît pas comme sien.

Ces notions nous sont utiles et introduisent progressivement la notion de contretransfert et de contre-transfert social ou culturel (Nathan, 1977).

Dans notre étude, *le contre-transfert se joue en situation intra-culturelle*. Il est des cas, en telle situation, où l'analyse du contre-transfert culturel n'est pas nécessairement au premier plan[82]. La matière que nous abordons au contraire *nécessiterait cet « effort non naturel »,* comme l'abord direct des personnes *que nous avons appris à marginaliser ou exclure en général, les « étrangers de l'intérieur » :* les fous, les prisonniers, les drogués, les voyageurs, les exclus, …

I-1-2 Aspects de l'inconscient groupal

La culture serait en devoir et de nature à proposer à la fois une identité individuelle et une identité d'appartenance ou identité groupale.

Selon René Kaës (2009), les membres d'un même groupe ont à faire partage (inconsciemment) à partir d'un certain nombre d'éléments. Les alliances ne sont pas conscientes, leur contenu non plus. Elles portent sur l'expression de certaines pulsions, sur la satisfaction pulsionnelle directe, ce qui est en conformité avec la pensée de Freud (*Totem et Tabou*, *Malaise dans la civilisation* : il nous faut renoncer au meurtre, à l'inceste, etc…).

René Kaës évoque l'existence d'alliances particulières possibles, sinon incontournables, au sein d'un groupe. Il évoque notamment la notion de *pacte dénégatif*. Citons-le : « ce concept recouvre (ainsi) les défenses par dénégation, par déni, désaveu ou rejet. D'une manière plus générale, il qualifie le résultat du travail de production de l'inconscient nécessaire à la formation et au maintien du lien intersubjectif lorsque les sujets de lien sont mobilisés par différentes figures et modalités du négatif : négativité d'obligation, relative et radicale. *Je propose souvent l'idée que le pacte dénégatif est un pacte sur le négatif »* (Op. Cit. p. 13, souligné par nous).

Sont à prendre en compte également les données issues de ce que Piera Aulagnier[83], citée et reprise par Kaës (Op. Cit. p. 58) a appelé le *contrat narcissique.* Ce lien ne

[82] Par exemple l'analyste analysant un sujet de même appartenance socio-culturelle, de même appartenance sociale, partageant les mêmes implicites et explicites. Voir Jan, 2008.

[83] Piera Castoriadis-Aulagnier. (1975). *La violence de l'interprétation. De l'énoncé au pictogramme*, Paris : PUF.

serait pas réductible à ce qui est issu de la relation parents-enfant. Reprenons ce qu'en dit Kaës : « il est celui qui contractualise les conditions d'un « espace où le Je peut advenir » avec les exigences propres au groupe, plus largement encore à l'ensemble social et culturel dans lequel sont toutes les relations intersubjectives plus restreintes».

Commentaire

René Kaës et Piera Aulagnier apportent par les notions citées (pacte dénégatif, contrat narcissique) sur la façon d'aborder les phénomènes relevant de l'errance ou semblant s'en rapprocher. En effet, si le pacte dénégatif s'applique, groupalement donc, plus directement sur des aspects négatifs, la vie sous l'œil de tous des SDF, des personnes semblant en errance, semble pouvoir « bénéficier » d'un tel traitement dénégatif globalement, socialement.

Il s'agit nous semble-t-il d'une autre façon de parler d'un contre-transfert social préétabli et portant sur des vies dérangeantes pour l'ordre dominant, ce dernier les catégorisant dans « le négatif ».

I-1-3 Georges Devereux. Une double structuration de l'inconscient humain: «ethnique» et idiosyncrasique. Modalités de l'intériorisation de l'inconscient ethnique.

Ethnologue et ethnographe en plusieurs terrains (dont son préféré, celui des indiens Mohave), détenteur d'une immense érudition, helléniste, auteur de nombreux ouvrages et articles, Georges Devereux a souvent marqué profondément ses étudiants. Certains ont pu écrire sur sa personnalité : Tobie Nathan dans son roman Ethno-roman (pages 128-158) et dans sa préface d'Ethnopsychiatrie des indiens Mohave intitulée « Devereux, un hébreu anarchiste » (pages 11-18). D'autres, de ses étudiantes et amies, nous en ont témoigné personnellement un souvenir exceptionnel : feu Marie Mathelin et Claude Le Vôt-Ifrah, deux praticiennes du contre-transfert culturel dans l'en groupe. Pour elles, il représentait le maître, dans le bon sens, éveillant toujours plus la curiosité et ouvrant sans cesse à la discussion. Témoins de ses dernières années, elles nous révélaient que Devereux avait porté de son lit la Standard Edition de Freud et la collection complète des SAS de Gérard de Villiers ! Sur sa vie, son œuvre, sa personnalité, il est intéressant de consulter les actes du colloque des 16 et 17 novembre 2006 s'étant déroulé à l'Institut Hongrois, rue Bonaparte, Paris : Georges Devereux, une voix dans le monde contemporain Le Coq-Héron, 2007, N°190, Erès.

Georges Devereux, également psychanalyste, inventeur de l'ethnopsychiatrie ou ethnopsychanalyse complémentariste, admet une part inconsciente fondamentale à la vie culturelle. Quelle que soit la culture, l'homme se structurerait avec un inconscient bi segmenté : *d'une part un inconscient ethnique, globalement commun aux individus d'un même groupe (déterminant et déterminé certainement la structuration de la personnalité de base, devons-nous rajouter); de l'autre un inconscient idiosyncrasique, issu de l'expérience de vie irréductible, unique de l'individu* (Devereux, « Normal, anormal », in 1970*, Essai d'ethnopsychiatrie générale*).

Nous n'aborderons pas ici l'inconscient idiosyncrasique, reportant le lecteur au texte de Devereux de 1956. Il nous semble devoir en retenir ce qu'en dit son concepteur lui-même, c'est à dire que cette partie de l'inconscient global correspondrait en tous points à l'inconscient Freudien. « L'inconscient idiosyncrasique se compose des éléments que l'individu a été contraint de refouler sous l'action des stress uniques et spécifiques qu'il a dû subir » (1970, p. 6).

Dans toute société, la culture ne serait pas transmise à la manière de la conception innée de « l'inconscient racial » (archétypal) de Carl Gustav Jung mais simplement acquise par expérience de la vie dans le groupe donné. La culture s'apprend par immersion, par les apprentissages fondamentaux de l'enfance, dans le giron familial comme dans tous les autres espaces sociétaux, ce qui est en conformité avec les vues sur les institutions primaires de Linton (voir antérieurement pages 74-75).

L'enfant y apprend, par le langage, par le formel mais aussi par l'informel et l'informulé de son groupe, comment doit-on se conduire pour être culturellement syntone, comment se présentent les personnes qui y échouent et comment ces dernières s'inscrivent dans une manière d'être dystone[84]. C'est de cette façon que se créerait chez chacun, s'intérioriserait chez chacun, « l'inconscient ethnique », selon Devereux.

Il en donne cette définition (Op. Cit. p. 4 et 5) : «le segment inconscient de la personnalité ethnique désigne l'inconscient culturel et non racial. L'inconscient ethnique d'un individu est cette part de son inconscient total qu'il possède en commun avec la plupart des membres de sa culture. Il est composé de tout ce que, conformément aux exigences fondamentales de sa culture, chaque génération apprend elle-même à refouler puis, à son tour, force la génération suivante à refouler. Il change comme change la culture et se transmet comme se transmet la culture, par une sorte d' « enseignement » et non biologiquement comme est censé se transmettre l' « inconscient racial » de Jung. Bref, l'inconscient ethnique s'acquiert exactement comme s'acquièrent le caractère ethnique, et dans le présent contexte il importe fort peu à quelle théorie de formation du caractère ethnique on a souscrit. Chaque structure du caractère ethnique a sa phase consciente et inconsciente, cette dernière complémentaire à la première ».

Cette transmission comporte des repérages: identifications et représentations intériorisées. Avec cela, la symbolisation est rendue possible (par la référence à ce qui appartient à la manière de faire de la société, de son propre groupe).

Et selon Patrick Fermi (1998), « on ne peut échapper ou se soustraire aux représentations collectives de son groupe d'appartenance ».

Poursuivons le texte précité de Devereux : « Chaque culture permet certains fantasmes, pulsions et autres manifestations du psychisme d'accéder et de demeurer au niveau conscient et exige que d'autres soient refoulés. *C'est pourquoi tous les membres d'une même culture possèdent en commun un certain nombre de conflits inconscients ».*

« Le matériel qui constitue l'inconscient ethnique est maintenu à l'état refoulé par certains mécanismes de défense, renforcés et souvent même fournis par les pressions culturelles ».

[84] Dystone est l'opposé de syntone dans le vocabulaire de Devereux. Il s'agit d'une conduite négative ou négativiste. Le texte « Normal et anormal » ouvre à l'existence de différents types de façons de s'inconduire et propose quatre types de désordres : ethniques, idiosyncrasiques, types et chamaniques. *Serait-il possible de considérer que la vie à la rue puisse s'approcher de ce que serait un modèle d'inconduite ?*

L'apport de Devereux sur le négatif (groupal, sociétal) nous semble constituer l'un des intérêts majeurs de la pensée de cet auteur, notamment pour le but que nous poursuivons.

Dans « Normal et anormal », il aborde le fait que (…) *« toute société comporte non seulement des aspects « fonctionnels » par lesquels elle affirme et maintien son intégrité, mais aussi un certain nombre de croyances, dogmes et tendances qui contredisent, nient et sapent non seulement les opérations et structures essentielles du groupe mais parfois jusqu'à son existence même »* (page 34). Plus loin (page 36):

« Ce sont d'ailleurs les matériaux culturels reflétant l'auto-désaveu fondamental de la société que les individus troublés synthétisent et expriment dans leur comportement, et cela de façon qui peut leur valoir soit l'approbation (faits de guerre) soit la condamnation de la société. Ces valeurs sociales antisociales, qui permettent à l'individu d'être antisocial d'une manière socialement approuvée et parfois même prestigieuse, comportent encore une autre caractéristique importante. Alors que la plupart des traits culturels ne se prêtent pas à une utilisation symptomatique s'ils n'ont d'abord été déformés, les traits culturels reflétant l'auto désaveu de la société peuvent d'ordinaire être utilisés comme symptômes sans qu'il soit nécessaire de leur faire subir une distorsion préalable ».

Devereux révèle de cette façon que paradoxalement, certaines manières de vivre peuvent à la fois être tolérées par le groupe tout en étant intrinsèquement des contrevaleurs allant en sa défaveur, pouvant le mettre en danger.

Prenons un exemple intéressant directement notre thématique, issue des observations historiques de Gueslin (2013) et que nous ré aborderons dans la partie consacrée aux reprises de cet ouvrage exceptionnel. Au Moyen Âge en France, énormément d'individus deviennent mobiles, notamment pour suivre l'exemple christique et, faisant vœu de chasteté, de pauvreté, plaçant leur priorité sur leur salut dans l'au-delà. Ils s'en vont sur les chemins, en direction des lieux de pèlerinage, vivant aux dépens d'autrui par la mendicité, la charité, etc… Il s'agissait à la fois d'une manière d'être hautement valorisée (être capable de dématérialiser l'essence de l'existence au profit de la richesse spirituelle) et attaquant radicalement les fondements du maintien de ladite société ; si chacun en était venu à actualiser ce type de manière d'être (méprisant d'une certaine façon la vie concrète matérielle), l'existence même du groupe aurait été foncièrement remise en question (pas de reproduction, de production de richesses). Ceci pourrait donner racine à la notion d'ambivalence sociale.

Nous pourrions rapprocher ceci du comportement alcoolique dans notre société[85]. Boire est un trait valorisé (boire pour partager aux moments symboliques des passages, pour célébrer le lien, « l'être ensemble »). Boire excessivement, à devenir

[85] Par exemple Ifrah-Le Vôt C. (1981, 1989) ; Jan (1989) mais aussi Nahoum-grappe (1991). Dans la même ligne, les éléments échangés au sein du séminaire ouvert et mensuel de Véronique Nahoum-Grappe et Jean-Pierre Castelain à l'EHESS (anthropologie et substances psycho-actives) entre 1990 et 1997.

alcoolique, attaque le lien social et contredit parfaitement la bonne façon de vivre, le respect d'autrui et de soi-même.

Nouvelle part de discussion (avec Olivier Douville) sur l'intérêt de la notion d'inconscient ethnique.

Il nous faut ici discuter la notion d'inconscient ethnique avec ce qu'en pense un auteur comme Olivier Douville[86]. Vaudrait-il mieux parler aujourd'hui (dans une mondialisation active) d'inconscient culturel, l'ethnie en elle-même devenant plus évanescente que jamais? Nous en viendrons à cela en abordant plus en profondeur la pensée de cet auteur au chapitre III du présent travail.

Notons simplement, à ce point de notre raisonnement, que nous utilisons le terme d' « inconscient ethnique » sans enfermer rigoureusement le sujet dans une appartenance « ethnique ». Cette conception a l'intérêt de signifier la reprise de références intériorisées émanant d'un groupe d'appartenance, d'affiliation (non obligatoirement ethnique) par un individu, comme il vient d'être exposé.

Pour résumer ce qui a été vu, il nous semble possible de poser *qu'il s'agirait d'un ensemble de codes, normes, manières d'être, de faire et de penser, communes et valorisées par un groupe humain, valeurs définissant le dedans et le dehors, le conforme et l'étranger, l'autre et le « nous » du groupe, de la culture. Formatant une partie de l'identité du sujet, partie proche sinon commune globalement de celle des autres membres du groupe (voir le précédent développement sur la personnalité de base et la personnalité statutaire de Ralph Linton), elle s'acquiert par apprentissages conscients et inconscients, donne l'aspect « tout naturel » à la vie menée en son sein.*

Nous ne nous inscrivons pas dans la recherche d'une supposée « pureté » allogène du groupe ethnique et de l'inconscient ethnique mais plutôt dans l'idée qu'un individu se construit dans une culture dominante façonnant de fait son identité dans ce groupe *et* que chacun emploie une multitude de références venant « dé-cloner », nous osons cette formulation, l'idée d'une manière d'être absolument identique de celle du voisin, du frère, du cousin, qui plus est dans le monde actuel ouvert, pluriel, mondialisé d'aujourd'hui, quel que soit le lieu de vie sur le globe[87]/[88].

[86] Voir aussi cette thèse, Introduction, Partie IV-Méthodologie.

[87] Quand Devereux, à un autre niveau, évoque la notion de « personnalité modale » (in *Ethnopsychanalyse complémentariste).*

[88] Il s'agit d'un schéma conceptuel et non d'une réalité. Nous ne développons pas ce point qui ne me semble pas indispensable à notre propos.

I-2 Stéréotypes et préjugés

Les deux notions de stéréotype et de préjugé, très utilisées en psychologie sociale, sont proches l'une de l'autre. Nous utilisons ici un article en ligne de Frédérique Moureaux et Abu Marheil[89] pour donner des définitions et éléments quant à l'utilité de leur usage pour un individu (implications cognitives, psychologiques et sociales).

I-2-1 Stéréotypes

La définition de Leyens et collaborateurs[90] datant de 1996 semble être la plus utilisée[91]/[92].

Elle est le point de départ de l'article de Moureaux et Marheil : il s'agirait de « croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements, d'un groupe de personnes ». *Le stéréotype se définit par son aspect consensuel.*

La page internet mentionne le travail de Sylvie Poisson-Quinton et de Reine Mimram pour compléter la première définition :

« Le stéréotype est l'image que nous avons des autres, un ensemble de croyances qui présente *une image simplifiée* des caractéristiques d'un groupe ».

Le stéréotype rend l'individu réel peu central de ce qui est véhiculé sur lui. Un stéréotype relève de la caricature d'un objet (d'un individu, d'un groupe par exemple) en lui associant par généralisation des aspects caractéristiques, supposés ou réels.

Un stéréotype peut être négatif ou positif, comme dans ces deux exemples : la généralisation de l'excès de consommation d'alcool associés aux bretons et la généralisation d'une faculté d'accueil exceptionnelle chez les tahitiens.

Les stéréotypes répondraient à un besoin de catégorisation, qui serait « automatique » selon l'article et participeraient de ce fait à la création de l'identité sociale.

Pour Véronique Nahoum-Grappe (1991), historienne et anthropologue, chercheuse à l'EHESS, « un stéréotype est une étiquette dont l'énoncé immédiatement reconnaissable implique tout un programme, perçu dans un large consensus social»[93]. Dans l'introduction du même ouvrage, elle pose : « (…) plus les images sont banales, « naturelles » et peu « réfléchies », plus elles apportent d'informations anthropologiques. *Plus le stéréotype est naturel, mieux il est construit historiquement»* (1991, p. 10).

---

[89] (http://www.unigiessen.de/cms/fbz/fb05/romanistik/institut/personal/dozent/moureaux/seminar/g1-introduction/G1stereotypes)

[90] Leyens, J.-P./ Yzerbyt, V./ Schadron, G. (1996), *Stéréotypes et cognition sociale*, Sprimont Mardaga, p. 24.

[91] On la retrouve notamment sur le site psychologiesociale.com à cette adresse : http://www.psychologiesociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=84.

[92] Poisson-Quinton, Sylvie/ Mimram, Reine, 2009: *Compréhension écrite, Niveau 4.* CLÉ international, Paris, p. 12.

[93] in *La culture de l'ivresse. Essai de phénoménologie historique*, Quai Voltaire, 1991, p 55.

Commentaire

Ce que pose Véronique Nahoum-Grappe résume la raison pour laquelle il nous a semblé incontournable d'aborder plus bas, au service de la matière que nous souhaitons traiter, *l'histoire* des vagabonds sans abri. Nous ne disposons pas d'une étude historique des « errants purs » au sens resserré que notre thèse essaie de préciser à ce terme (les destinées de ceux qui pérégrinent ou stagnent *sans but* dans leur existence). Appartenant cependant très souvent au groupe des sans-abris, l'étude des SDF nous intéresse au premier chef. Elle nous permettra de voir comment les manières d'être itinérantes, y compris orientées et « non perdues », ont été considérées socialement, éléments permettant de comprendre comment les stéréotypes se sont installés, durablement, jusqu'à pouvoir retrouver intacte aujourd'hui l'ambivalence, similaire à n'en pas douter depuis des siècles.

I-2-2 Préjugés

Un préjugé exprimerait une certaine évaluation de l'objet, une opinion (j'apprécie/je n'apprécie pas). Cette évaluation (en cliché) ne serait pas le fruit d'une analyse personnelle après expérience mais, comme l'indique le préfixe pré- signifiant à l'avance, elle se nourrirait de stéréotypes directement accessibles dans la culture sans plus de souci de justesse, d'exactitude (ici la généralisation proposée par le stéréotype a valeur de base).

Commentaire

Les préjugés sont actuellement pris en compte dans leur capacité de nuisance globalisante. Au moment où nous écrivons, les conséquences des attaques sanglantes en janvier 2015 contre Charlie Hebdo et contre la supérette Super-Cacher de la porte de Vincennes ont amené des appels contre l'amalgame possible (IE possible dans les préjugés et conceptions préétablies) entre islamistes extrémistes terroristes et musulmans pacifiques.

A un autre niveau, ATD quart monde[94] a jugé nécessaire en 2014 de lancer une campagne d'affiches pour contrer les idées toutes faites et fausses sur la pauvreté et sur les pauvres (par exemple : les pauvres sont des fraudeurs, les enfants pauvres sont moins capables que les autres, …)[95].

[94] Voir partie V-1 de l'introduction de cette thèse à propos de la naissance de ce mouvement en France après Emmaüs.

[95] Voire le site de l'organisation et le « Manuel anti idées reçues » à l'adresse internet suivante https://www.atdquartmonde.fr/idees-fausses/.

I-2-3 Fonction des stéréotypes et préjugés

Selon Moureaux et Marheil, l'homme aurait nécessité à rendre plus accessible et plus simple le monde dans lequel il évolue, son cerveau ne pouvant traiter en permanence (et consciemment) l'ensemble des informations se présentant à lui. Le fait de devoir catégoriser serait ainsi lié aux limites de nos fonctions supérieures[96] selon leur conception (cognitiviste).

Par ailleurs, stéréotypes et préjugés *(« prejudices »* en anglais) auraient une fonction de réassurance face à l'inconnu, face à l'alter. Leur usage serait de nature à faire baisser le niveau d'anxiété et d'inquiétante étrangeté… quand cela est possible : cela ne l'est probablement plus par exemple dans le dépaysement géographique lié au voyage, quand on est « chez les autres ». Voir à ce propos le Mémoire de DEA de Federico A. Caro (2005) réalisé sous la direction de Fethi Benslama, notamment la partie intitulée « décompensation à cause de l'endroit visité » (Op. Cit. p. 40-51. Dans notre présent travail, on pourra aussi consulter la partie Déréalisation au Chapitre II.

Ces matériaux culturels intériorisés, malgré leur excessive simplification au risque de produire de l'erreur, participent à donner un sens au monde. Comme d'autres produits de la culture (les mythes, les rites, …). Ce que l'on pense ici n'est pas forcément ce que pensent les autres ailleurs. Ils utilisent l'opposition nous/non-nous en renforçant l'idée de la cohérence du nous, de son identité, c'est-à-dire de *l'identité groupale à laquelle la culture nous fait appartenir.*

Ce que l'on n'est pas est alors utile à définir ce que l'on est semble-t-il, avec la possibilité d'utiliser l'autre comme « un exemple moins valable » en quelque sorte, porte ouverte aux racismes (l'autre étranger, l'autre du dedans mais non conforme, etc…).

L'usage de stéréotypes négatifs attaque la réalité objective et en cela peut se montrer dangereux comme l'indiquent les deux exemples mentionnés (ATD, attentats de janvier 2015). Les racismes, fondés sur des préjugés et les pensées erronées, utilisés par le IIIème Reich ont eu les effets destructeurs à grande échelle que l'on connaît.

Stéréotypes et préjugés parlent des relations existantes entre différents groupes : les français de souche et les immigrés, les inclus et les exclus…

De nombreuses expériences en psychologie sociale ont démontré/objectivé l'aspect inconscient des stéréotypes et des préjugés, ce qui permet de parler d'une *intériorisation profonde et malgré soi, par devers soi,* de certains aspects pouvant aller jusqu'à nous agir. C'est aussi l'exemple de la fameuse expérience de Stanley Milgram au début des années 60 aux Etats-Unis à propos de la soumission à l'autorité. Ces travaux sont continués en France notamment par le psychosociologue Jean-Léon Beauvois dans ce qu'il appelle « les influences sournoises » (2011).

[96] Ces considérations n'intéressent pas directement notre paradigme de recherche, nous ne faisons que mentionner ces éléments.

Commentaire sur le racisme et sur les réactions ordinaires, en contexte intraculturel et endogroupe, vis-à-vis des personnes manifestement désocialisées, SDF

Dans une autre expérience psychosociologique américaine classique [97] , des chercheurs montraient à l'aide d'un plan d'expérimentation typique des années 1960 qu'y compris dans une population blanche cultivée (étudiants, enseignants d'universités) se déclarant non-raciste, on retrouvait des réactions spontanées remettant en question radicalement cette autodéfinition. Les sujets devaient observer une scène où deux personnes en venaient à s'affronter, l'une agressant l'autre, avec une distribution blanc/blanc, noir/noir, noir/blanc, blanc/noir. L'expérience montrait qu'y compris quand un noir était objectivement la victime d'un blanc, un important pourcentage de sujets percevant (faussement donc) le noir comme agresseur, ceci venant donner matière à l'hypothèse d'un maintien inconscient de l'idée péjorative et raciste qu'avaient les blancs (y compris se définissant comme non racistes) envers les noirs[98].

Nous suivons tout à fait Patrick Fermi (1998) quand il déclare : «La valeur « être raciste» est une valeur désignée comme négative. Même un parti politique d'extrême droite la considère ainsi sur le plan manifeste. Pourtant des affects, des représentations, des comportements existent et par là même démontrent sa réalité psychologique ».

« *Accepter de reconnaître en soi la possibilité de cette valeur est certainement difficile pour la plupart d'entre nous mais c'est pourtant le seul moyen, fût-il paradoxal, d'en éviter le retour insidieux et mieux même, c'est le seul moyen de se donner les possibilités de son analyse » (Fermi, Op. Cit. p.3; c'est nous qui soulignons).*

Ces éléments nous permettent de considérer une équivalence logique entre la réaction contre-transférentielle à l'autre étranger ou d'origine étrangère phénotypiquement, c'est-à-dire dans la réaction raciste et ségrégative, et la réaction à l'exclu désocialisé, elle aussi ségrégative et rejetante.

I-2-4 Racisme en sciences sociales et cliniques

Si des patients d'origine étrangère sont évidemment rencontrés de longue date par des thérapeutes (médecins, psychologues ou autres) dans notre pays, la France, ancienne puissance coloniale, la réflexion véritablement constructive sur leur situation, les efforts de compréhension réels, ne sont apparus qu'à partir du moment où les cliniciens ont pu prendre conscience et se dégager quelque peu de leurs a priori

[97] Etudiée il y a bien des années à l'Université de Rouen sous l'égide du Professeur Lemaine, et retenue du fait de son éloquence, nous n'avons pas réussi, malgré recherches, à retrouver les auteurs de cette expérience.

[98] L'article en ligne « Préjugé » sur Wikipédia, mentionne d'autres expériences tendant à montrer cela [http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9_(psychologie)].

culturels vis-à-vis de ces patients, c'est-à-dire en élaborant leur « contre transfert culturel », en participant à une « anthropologie réflexive ».

L'exemple de la clinique de l'école de psychiatrie d'Alger d'Antoine Porot (défenseur fervent du primitivisme), pas si éloignée dans le temps puisque vivace encore juste avant l'indépendance de ce pays en 1962 par exemple et dans l'esprit de certains cliniciens peut-être encore, reste de ce point de vue très emblématique.

Ce monde psychiatrique embourbé dans l'esprit colonial (et dénoncé par Frantz Fanon, lui-même psychiatre à Blida[99]), ne pouvait produire d'autres modèles que les siens, sans jamais alors de retournement de la pensée de l'observateur sur sa position d'observateur et sur ce qu'elle conditionnait de l'observation et du phénomène étudié. Le livre de Robert Berthelier, *L'homme maghrébin dans la littérature psychiatrique* (1993) est magistralement mené pour faire apparaître l'angle mort contre-transférentiel et la violence du jugement colonial entériné dans les diagnostics (impulsivité, puérilisme mental, sinistrose …).

Claude Levi-Strauss, dans son essai *Race et histoire* devenu célèbre par la suite mais resté plutôt confidentiel selon Fermi au moment de sa publication par l'UNESCO (1952), donnait une nouvelle manière de considérer la culture occidentale, le sens de la civilisation, le caractère aléatoire du temps historique et peut-être surtout, amenait l'idée de l'ineptie de la hiérarchisation des cultures y compris au regard de la notion (toute occidentale) de progrès et une critique profonde du racisme.

Notons que d'autres lieux neuropsychiatriques, tel celui du centre hospitalier de Fann à Dakar, animé dans les années 1960 par le professeur Henri Collomb surtout, mais aussi par des psychologues dont Andras Zempleni, se montraient autrement ouverts et tolérants à la recherche en sciences humaines et respectueux des modes de vie traditionnels des patients accueillis. Les psychanalystes, notamment Marie-Cécile Ortigues et son époux Edmond, auteurs de l'*Œdipe africain* publié en 1966, ont apporté une dimension supplémentaire à ces réflexions.

Commentaire

En évoquant ces notions, nous ne nous éloignons pas de notre sujet. Au contraire, il s'agit d'insister sur l'idée que des façons de voir, liées à des époques passées, erronées par leur parti pris anti scientifique, saturées de préjugés et stéréotypes, *peuvent conduire à rejeter plus qu'à penser*. Il s'agit d'une transition parlante pour l'abord des questions de contre-transfert auxquelles nous arrivons.

[99] Voir notamment le livre d'Alice Cherki (2000) le concernant.

I-3 Transfert, Contre-Transfert et notion de contre-transfert culturel/social

Précisons d'emblée que notre travail peut employer assez indifféremment les termes de contre-attitude et de contre-transfert.

Il nous faut évoquer en premier lieu la notion de transfert pour aborder ensuite celle de contre-transfert puis de contre-transfert culturel. Transfert et contre-transfert sont deux conceptions directement issues des découvertes freudiennes au sein de la cure psychanalytique.

Le Laplanche et Pontalis[100] propose cette définition : « Désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué ».

Le psychanalyste, à l'inverse, réagit à ce que l'analysant projette sur lui, c'est-à-dire au transfert de son patient, mais plus largement, à tout ce qu'est ou représente pour lui son patient. Laplanche et Pontalis donnent le contre-transfert comme étant « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Op. Cit. p. 103).

L'ouvrage de référence pour ce chapitre est un autre titre de Georges Devereux : *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1980). Il donne, en page 75, cette définition du contre-transfert : « le contre-transfert est la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient ; ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif, et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes *inconscients* _ d'ordinaire infantiles ».

Devereux précise que les réactions du chercheur, ses défenses professionnelles par la méthode qu'il applique (parfois rigidement), ont toujours une utilité défensive sur le plan inconscient. « L'attitude professionnelle tout comme les méthodes et les techniques scientifiques n'ont d'efficacité que si l'on comprend qu'au niveau inconscient elles fonctionnent *aussi* comme des défenses contre l'angoisse déclenchée par nos données. Si l'on nie leur fonction défensive, on les utilisera bientôt à des fins *essentiellement* défensives, particulièrement si on les met *ostensiblement* au service de la pratique scientifique ».

La notion de *contre-transfert culturel* n'est pas ainsi formulée par Devereux. Tobie Nathan en 1977, dans le livre tiré de sa thèse intitulé *Sexualité idéologique et névrose*, évoque « le contre-transfert social et culturel » : «l'ethnopsychiatrie trouve dans cette prise de conscience une de ses applications les plus utiles » ((Op. Cit. p. 142 ; voir

[100] J. Laplanche, J-B Pontalis. (1978). *Dictionnaire de la Psychanalyse*, 6ème Edition, Paris : Presses Universitaires de France.

aussi p. 161). Il ne donne guère plus de fond à la notion que l'ensemble des réactions d'origine culturelle à la présence d'autrui[101].

Fermi (1998, p. 5) rappelle que le contre-transfert, y compris culturel, *est avant tout un phénomène psychique.* Même si la part « ethnique » de notre inconscient, pour reprendre la formulation de Devereux, réagit à un aspect de la situation étudiée, notre réaction ne peut se résumer à un automatisme d'origine culturelle : s'y mêle une réaction psychique propre au chercheur ou clinicien face au sujet de son étude.

Fermi élabore une idée du contre-transfert culturel *en contexte interculturel*. Selon lui, les différentes cultures tolèrent ou favorisent des éléments différents, restant en cela très devereusien : « (…) Chaque culture propose ses propres moyens de sublimation. Si ceux de l'étranger, ou ceux que je suppose à l'étranger, sont différents des miens, ils m'obligent à un remaniement psychique considérable. En effet, une seule représentation peut mettre en péril des années d'éducation forcée, des années de refoulement pour être un sujet social acceptable dans mon groupe d'appartenance. Je postule que le contre-transfert culturel et tous ses avatars ont pour fonction de protéger notre intégrité, notre élaboration des limites ou, dit autrement, nos identités corporelle, psychique, sociale, humaine, c'est-à-dire le champ du sujet symbolique. Ce n'est pas pour rien qu'un peu partout dans le monde beaucoup de communautés s'appellent «les vrais hommes » et que l'étranger est souvent désigné comme le barbare ou le sauvage » (Ibid). Fermi, en clinicien [102] , note la difficulté de la démarche complémentaire en pratique thérapeutique, soulignant plus particulièrement l'empêchement de la réflexion sur les aspects latents et pulsionnels au profit de la fascination pour les éléments culturels.

La démarche d'analyser le contre-transfert culturel *« (…) n'est pas spontanément naturelle » précise Fermi* dans un autre texte (2009, p. 27). Elle est rendue possible par le fait d'une anthropologie réflexive qui sort d'une lecture péremptoire et potentiellement raciste de l'autre. Nous parlons nous aussi de braver nos réactions stéréotypées et d'un *« effort non naturel »* pour aller vers les personnes désocialisées: il s'agit bien d'un travail sur le contre-transfert culturel.

Dans sa thèse de médecine consacrée à *La notion de contre-transfert culturel* en 2007, Jeanne-Flore Rouchon reprend ce qu'en pense Marie-Rose Moro (Op. Cit. p.86), y voyant la manière dont le thérapeute réagit à l'altérité, à la manière d'être du patient dans la relation proposée (ici celle d'une clinique spécifique marquée par un dispositif groupal de recueil des données et de traitement par la parole).

[101] Notons que cette thèse traite d'une problématique dans une dimension intra-culturelle, dans la « sous-culture » des progressistes de mai 1968.

[102] Sa pratique est référée à un dispositif comparable à celui initié par T. Nathan (dans le service du Professeur Lebovici puis au Centre Georges Devereux initialement situé à l'Université de Saint Denis puis déplacé Boulevard de Sébastopol) et poursuivi par M-R. Moro à l'hôpital Avicenne.

Première Transition

Nous avons abordé, dans les trois premières parties de ce chapitre, des conceptions nous permettant de mieux saisir ce que sont les éléments culturels agissant en nous.

Il s'agit maintenant de nous rapprocher de notre objet en essayant de peser les différents regards s'étant succédé à propos des errants manifestes au cours de l'histoire (en France). Notre souhait est de percevoir de quoi proviennent nos sentiments ambivalents à leur endroit, de quelle suite historique.

Les stéréotypes et préjugés composant notre contre-transfert culturel devraient, avec la reprise de Vexliard et de Gueslin que nous proposons, bénéficier de certains éclairages. Nous avons voulu mettre en exergue des conceptions anciennes du vagabondage et de l'errance pouvant encore infiltrer pour une part les manières de les envisager aujourd'hui.

Nous faisons totalement nôtre cette réflexion de Patrick Fermi à propos de son étude du livre d'Octave Mannoni *Psychologie de la colonisation* (1998) : « L'essentiel pour nous *n'a pas été d'explorer la dimension historique* mais *le fait de retrouver dans les plis du temps une palette de sentiments et de perceptions dont les éléments peuvent encore alimenter nos mouvements contre-transférentiels.* Psychologiquement, ces éléments sont plus ou moins accessibles; aussi c'est l'intérêt d'un regard historique de pouvoir révéler et reconnaître des représentations que des courants idéologiques ont rendu manifestes à telle ou telle période. De cette façon, le différentiel entre points de vue individuels et points de vue collectifs _ idéologiques _ crée une marge permettant une prise de conscience et une possibilité d'analyse » (Op. Cit. p. 20-21).

Redisons ici que le vagabondage correspond à un élargissement vis-à-vis de ce que vise notre étude: nous y observons différentes façons manifestes d'être sans domicile fixé et non pas seulement *l'errance vraie,* signifiant la perte de repérage et de finalité.

Considérant cependant que cette dernière, l'errance authentique, se loge aujourd'hui souvent derrière l'allure vagabonde, il nous semble correct logiquement d'envisager qu'il pouvait en être de même aux époques antérieures et que ce détour vaut pour son caractère informatif malgré la prise de champ qu'il opère.

Nous pensons donc toucher via l'évocation des vagabondages de jadis l'une des possibles clefs de compréhension des ressentis sociaux, des représentations stéréotypées, des préjugés, des contre-transferts ou contre-attitudes sociales toujours actifs de nos jours.

I-4 Apports historiques d'Alexandre Vexliard sur le vagabondage et l'errance.

Alexandre Vexliard a été un précurseur et l'un des rares chercheurs s'intéressant à la grande désocialisation dans les années 1950 en France[103]. Il a laissé une œuvre à ce propos assez mal connue[104], retrouvée depuis les années 2000 surtout, suite à l'intérêt suscité par le travail de Declerck sur les clochards parisiens.

Ses deux ouvrages principaux nous retiennent *: Introduction à la sociologie du vagabondage*, paru en 1956 puis *Le Clochard, étude de psychologie sociale*, en 1957. Nous reprenons ici certains éléments de son premier livre cité ici, en précisant que cet auteur, comme l'anthropologue Patrick Gaboriau (1993 ; 1995 ; 1998), est très utilisé dans le travail de l'historien André Gueslin que nous aborderons immédiatement après.

Vexliard démarre son *Introduction à la sociologie du vagabondage* en rabattant l'idée (encore facilement véhiculée à notre époque) d'une universalité des vagabonds, quelle que soit l'époque et la société. En trouvant des contre-exemples dans les sociétés sans écriture « dans leur grande majorité » (1956, page 9), dans les sociétés « d'avant l'instauration de la propriété privée du sol », dans la société « civilisée » (sic) de l'empire Inca, il démontre la non pertinence de ces lieux communs.

Il en dit ceci :« […] le vagabondage et la mendicité ne sont pas des manifestations « naturelles », « nécessaires », « inéluctables », inhérentes à la nature humaine ou à la nature des sociétés « en général », pas plus d'ailleurs que la misère, le paupérisme ou certaines formes de délinquance propres à telle ou telle société. Ces « fléaux » apparaissent dans certaines conditions sociales, ils sont aggravés ou atténués selon les conditions d'existence créées par la société. […] Au surplus, une définition exhaustive du vagabondage s'appliquant à tous les temps et à tous les lieux, serait une entreprise difficile. On a déjà tant de mal à définir une caste ou une classe » (Op. Cit. p. 13).

Le vagabondage serait donc pour lui, hors temps de stress majeur, *un phénomène société-dépendant.*

Il dissocie deux types de vagabondages : le *vagabondage élémentaire* ferait naturellement suite pour Vexliard à des catastrophes imprévisibles de quelque nature que ce soit (guerre, inondations, famines, tremblements de terre, …) et non liée directement à la structure et l'organisation de la société.

Le *vagabondage structural serait par contre* conséquence directe des institutions et de la structure de la société. Il cite le vagabondage des esclaves abandonnés par leur maîtres, des « bannis » ou exilés du Moyen Age ainsi que « le vagabondage des

[103] Concernant A. Vexliard, voir le numéro 13-14 du Bulletin de psychologie 1996-1997 « Hommage à Alexandre Vexliard », notamment l'important article que lui consacre L. Mucchielli : « un pionnier de la recherche française sur les processus de désocialisation », page 509-530).

[104] C'est en 1992 que nous avons été conduits à nous intéresser pour la première fois à des cas de clochards hospitalisés en service de neurologie à l'hôpital du Havre et c'est cette même année que nous avons pu lire cet ouvrage, obtenu par prêt interbibliothèques. *Le manque de diffusion de ce type de connaissances pourrait aussi corroborer le fait que de ces franges, globalement, la société n'en voudrait rien savoir !...*

dépossédés et des chômeurs dans une société individualiste et concurrentielle » (Op. Cit. p. 20).

Vexliard livre des éléments sur le vagabondage d'avant l'ère chrétienne, ce qui constitue l'un des intérêts à le convoquer ici supplémentairement à Gueslin. Dans l'Antiquité, les errants étaient surtout des esclaves en fuite, dit-il. A Rome, « tout homme libre pouvait réduire en esclavage le pauvre, mendiant ou vagabond » (Op. Cit. p. 34). L'auteur insiste sur les mauvais traitements subis par les esclaves, qui expliqueraient pour lui leurs fréquentes révoltes, fuites et suicides (Op. Cit. p. 37).

Faisant un bond pour arriver vers 745-814 (dates de Charlemagne), le nombre d'errants serait allé croissant du fait du pouvoir grandissant des puissants qui taxent les « minus potentes », les gens de peu, ceux-ci en venant au vagabondage par ruine.

Vexliard estime que la religion chrétienne poussait alors le développement de l'errance par deux biais : les excommunications et bannissements d'un côté, la valorisation de « l'existence pauvre, retirée du monde, et de la charité » (Op. Cit. p. 41) de l'autre.

« La fuite dans le désert », l'ascèse, l'ermitage, l'anachorèse des moines étaient phénomènes fréquents[105]. « En orient surtout, les moines errants ou *gyrovagues* que dénonce Saint Augustin, les *sarabaïtes*, font parfois figures d'agitateurs révolutionnaires ou d'anarchistes chrétiens » (Op. Cit. p. 49).

Plusieurs ordres mendiants (Carmes, Augustins, Capucins, Prêcheurs, Mineurs) sont fondés au XIIIème siècle, consacrant « […] la sainteté de la vie pauvre, retirée du monde, de la vie errante » (Ibid). L'Eglise suscite des pèlerinages (pouvant être effectués par autrui, par procuration) et *oblige* les pénitents à l'existence errante.

Au milieu des religieux fervents apparaissaient des faussaires (Op. Cit. p. 50), mais aussi des étudiants… Pour Alexandre Vexliard, le Moyen-Âge « (…) fut l'âge d'or des errants».

Au XIXème siècle, l'exode rural dépeuple les campagnes et précarise de nombreuses personnes devenant vagabondes dans les villes et faubourgs.

C'est ensuite pour cet auteur le salariat (précaire) qui devient source principale du vagabondage, « de même que l'esclavage l'était dans l'antiquité ». Il cite Fourrier:
« pour que l'industrie prospère, il faut que l'ouvrier qui exerce arrive à l'extrême misère» (Op. Cit. p. 55). Vexliard évoque par exemple la détresse noire d'une immense majorité des habitants d'Angleterre au début du XXème siècle et avec la crise de 1929, en s'autorisant une critique du capitalisme dans ce sens (paupérisation débouchant sur l'errance contrainte pour beaucoup).

[105] Voir aussi le livre exceptionnel de Jacques Lacarrière sur ce thème : *Les hommes ivres de Dieu* paru en 1975, Collection Sagesses Point, Editions Fayard. Lacarrière était par ailleurs un auteur passionné par le chemin, la marche, le voyage, la découverte. On se réfèrerait utilement pour cela à ses livres : *Chemin faisant. Mille kilomètres à pied à travers la France d'aujourd'hui (*1974) ; *En cheminant avec Hérodote* (1981); *Errances* (1983).

I-5 Les personnes errantes (au sens d'une absence de toit) en Europe et en France depuis le moyen-âge selon le travail d'historien d'André Gueslin[106] (2013)

L'important ouvrage d'André Gueslin *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge* paru en 2013 constitue une source de données particulièrement riche et intéressante pour notre travail, offrant une notion diachronique au phénomène (élargi) que nous étudions. L'auteur s'attache, selon une méthode (ethno)historique empruntant à d'autres sciences humaines telles l'anthropologie, la sociologie et à l'usage d'exemples tirés d'œuvres littéraires, à décrire les phénomènes SDF au travers des siècles en France.

Nous avons choisi de suivre ici l'essentiel des données mises en exergue par l'historien. Son livre donne parole et mémoire à un peuple de l'ombre ayant très peu laissé trace de son expérience de vie par la force des choses (manque de capital culturel des vagabonds, manque de possibilités matérielles, écritures rares…), ouvrant à une histoire méconnue, délaissée, *souvent peut-être jugée jusqu'ici négligeable* ajouterions-nous.

Ce livre pourrait agir comme un retour sur ce que la société refoule ou réprime généralement, venant mettre de la clarté, de la différenciation dans l'image hâtive, caricaturale, grossière et stéréotypée que l'on se fait du vagabond semblant errer et donner, partiellement au moins, explication à ce que l'on ressent aujourd'hui face à lui (de façon standard et « automatique ») : *ce sentiment ambivalent de gêne, oscillant entre peur, compassion, rejet ou exclusion.*

Gueslin verrait globalement dans la vie de celui qui erre *une contrainte à ainsi faire*.

L'errant, plongé dans le *besoin* en permanence (manger, dormir, s'abriter, et ce bien plus encore qu'aujourd'hui à des périodes plus anciennes), devrait avant tout produire des actes lui permettant de *survivre*. C'est cela la conception profonde de l'historien, sans aucun doute. Il envisagerait, dans cette ligne, la vie réelle des errants dans l'urgence comme comprenant une fréquente douleur.

Pour Gueslin comme pour Vexliard (1956, p. 7), le vagabondage ne serait pas un phénomène naturel mais une construction sociale, notion qu'il partage aussi avec Nels Anderson, auteur connu pour son travail sur les pauvres aux Etats Unis au début du XXème siècle[107].

L'errant ne serait pas réductible, selon Gueslin, à l'image « […] d'un sédentaire avec la mobilité en plus et la résidence en moins ». Citant encore Vexliard (1956), le vagabond le deviendrait « […] après avoir épuisé les moyens de lutte sociale ou après avoir été épuisé par cette lutte ».

L'errant n'est pas toujours vagabond, rappelle l'auteur.

[106] Tous les passages cités en italiques sont mis en exergue par nous.

[107] Sur « le Hobo » surtout. Anderson N. (1993) [1923]. *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris : Nathan. Egalement sur ce thème le mémoire de Mickaël Lavenu (2010) : « Un mythe sans logis : Résurgence du Hobo ».

Les errants pauvres dans le monde contemporain se trouveraient surtout dans le groupe de ceux que l'on nomme exclus ou SDF. La désocialisation séparerait l'individu de son groupe. L'exclu serait en dehors de « l'en-groupe » (Gueslin, 2013, page 15).

Gueslin distingue trois périodes ayant donné lieu à trois façons de concevoir les vagabonds, depuis le Moyen-Âge.

« Le Moyen-Âge fut sans doute un âge d'or du vagabondage » (Opus Cité, p. 28) reprend-il de Vexliard, comme nous l'avons vu. « Au Moyen Âge, les vagabonds avaient des allures de mendiants mobiles et étaient assimilés au vaste continent de la pauvreté. A ce titre, ils étaient largement tolérés » et apparaissaient assez intégrés « pour des raisons théologiques ». Cette image se modifie à la fin du Moyen-Âge : ces individus sont désormais repérés comme dangereux, avec l'idée de les métamorphoser, de les redresser, par la mise au travail. Au XVIème siècle, ils seront diabolisés.

I-5-1 Première époque : le Moyen Âge

Avant le XIIIème siècle, le mendiant vagabond est plus ou moins intégré, symboliquement au moins, à la société du temps. L'essentiel de la « masse errante » (Op. Cit. p. 21) serait celle des « vagabonds et mendiants structurels » : « ces malheureux en souffrance recherchent l'aumône », « repartant d'un lieu après avoir épuisé la bienfaisance locale ».

Leurs déplacements constants pouvaient inquiéter les sédentaires, malgré la tolérance sociale : ces gens ne sont pas facilement repérables et peuvent échapper. Peuple des tavernes et cabarets, l'opinion leur prête de mauvaises intentions (antisociales) ou d'être des usurpateurs de l'identité du vrai pèlerin, du vrai malade, du bon chrétien, etc… Ils sont aussi des « migrants » à l'intérieur des frontières, attisant la question de l'altérité (malgré la tolérance).

Au Moyen Âge, beaucoup de catégories de la population se meuvent d'une ville à l'autre, d'une région à l'autre. Des compagnons, artisans pauvres, saisonniers en viennent à ressembler aux vagabonds mendiants entre deux emplois. Gueslin mentionne les soldats démobilisés, les croisés, « qui alimentent les chemins et routes de France en pauvres hères ». Egalement, les étudiants allant d'une université à l'autre, à qui il est fait reproche d'une vie menaçante puisque débauchée.

A côté, existent de nombreux pèlerins qui se rendent dans les lieux de culte emblématiques de leur foi (Saint Jacques, Cathédrale Notre Dame de Paris, etc…).

Le pèlerin « a toutes les allures du vagabond ». Il se consacre à la vie démunie rappelant la vie christique et va pouvoir globalement à ce titre incarner « le bon mendiant » : « pour l'homme ordinaire du Moyen Âge, le pauvre est perçu en quelque sorte comme *une théophanie : c'est le christ de retour sur terre.* A défaut, il est un intercesseur avec Dieu. Il participe d'une véritable cosmogonie, d'essence biblique, qui rompt en quelque sorte avec la solution de continuité entre le monde terrestre et le

monde céleste. Au Moyen Âge, le fou et le pauvre sont envisagés tels des « pèlerins de Dieu ». Et le vagabond, à plus forte raison, est instrumentalisé dans une démarche de conquête de salut » (Op. Cit. p. 22).

A ce moment de l'Histoire, la foi chrétienne étant organisatrice de la vie sociale, la pénitence et l'humilité dans le monde des vivants ouvrait à l'idée d'un rachat de l'âme post mortem. Le fait de faire l'aumône au pauvre mendiant élevait, en tant que « bonne action », le salut de qui donnait.

Autre catégorie devenant aussi par obligation mendiante et errante : celle des personnes atteintes par les procédures de bannissement, peine alors usuelle (dans un monde où la police est quasi inexistante) : les indésirables sont chassés, éloignés, condamnés à l'exil.

Exhaustif, André Gueslin fait place dans ses lignes à la « minorité à forte identité culturelle » constituée de bohémiens, gitans, tsiganes souvent alors nommés «égyptiens » (gypsies en anglais) « […] qui apparaissent autour de 1419 en France », provenant initialement semble-t-il de l'Inde du nord (Op. Cit. p. 21). Ils sont utilisés par les seigneuries comme mercenaires, mais restent considérés comme des étrangers, leur nomadisme renforçant, face à eux, le sentiment d'altérité.

L'errance des pauvres était traitée par la charité, qui était d'initiative individuelle mais aussi institutionnelle : les abbayes étaient les principales donatrices. Les hôpitaux, tenus par des religieux, pouvaient accueillir pour soigner mais aussi pour mettre à l'abri temporairement les gens de passage.

Progressivement, la tolérance s'abaisse. Des thèses sévères, par lesquelles le pauvre n'est plus d'emblée sanctuarisé, deviennent influentes (Gueslin cite le moine bénédictin Ratherius de Verone page 25) : les pauvres pêcheurs « sont promis à la damnation », ce qui préfigure la dichotomie prochaine entre bons et mauvais pauvres.

I-5-2 Fin du Moyen Âge

A ce moment de transition, *entre 20% et 25% de la population générale pouvait être vagabonde, selon Gueslin* qui demande néanmoins d'être prudent avec cette évaluation. Par leur nombre, par leur altérité, les vagabonds, les « égyptiens » également, effraient. Les « asociaux » étaient soupçonnés de troubler l'ordre public (Op. Cit. p. 34).

La mendicité *des pauvres non errants* devient, à partir du XIVème siècle, mieux supportée que celle des individus non permanents d'un lieu. Le fait de ne rien savoir du vagabond (mendiant) inquiète (est-il vraiment ce qu'il prétend ?), comme aussi son oisiveté, sa non-inscription dans le travail.

La divagation est aussi source de crainte de contagion, après la peste noire :

« L'épidémie rayonne par les grandes voies de communication qui sont autant de chemins d'errance ». Une explication pouvait ainsi se trouver fidèlement liée à la religiosité de l'époque, « rendre l'inexplicable compréhensible » par l'incrimination «[…]

des individus responsables des pêchés ayant provoqué la colère divine » (Op. Cit. p. 28).

Les faux pauvres, qui contrefont une infirmité par exemple, génèrent la méfiance et l'on craint, au contact de tout errant, qu'il en soit un. André Gueslin relève finement que, moins qu'avant, l'errant fait pitié : on commence à le moquer (il est mis en scène sur les planches des théâtres, faisant « rire plutôt que pitié », Op. Cit. p. 29). Il est dès lors « un être humilié », sa condition est possiblement ridiculisée et désacralisée.

Le vagabond fait parler, nourrit l'imaginaire social: on l'imagine volontiers affilié à une société secrète et malveillante. C'est la naissance du mythe de la cour des miracles, communauté qui serait invisible mais tangible pour le quidam du fait du parler argotique des voyageurs, ces pauvres que l'on commence à nommer gueux.

La répression s'annonce dès la seconde partie du XIVème. Les « oiseux », les vagabonds après 3 jours de présence dans certaines localités, sont châtiés, renvoyés, mis en prison, exclus…

I-5-3 Vers une diabolisation des errants

Ce virage date du XVIème. Gueslin pose parallèlement que ce siècle est celui de la naissance du capitalisme « […] qui fait du travail le cœur de sa doctrine » (Op. Cit. p. 38). Chacun peut aspirer à l'enrichissement par accumulation dans une société ainsi organisée. « Or par définition, le vagabond comme le mendiant valide sont les emblèmes mêmes de ceux qui le refusent ». *L'hostilité s'affirme donc*, augmentée par le fait de crises économiques faisant encore grossir le contingent sur les routes.

Dans la seconde partie du XVIème siècle, les errants sont perçus comme des « tares », *qu'il ne s'agit plus « naturellement » d'entretenir*. Ils sont accusés de tous les maux : fausseté/usurpations, colporteurs de maladies (peste), responsables de délits, accusés de sorcellerie… Le mendiant de passage est volontiers « éloigné à coups de pierres » (Op. Cit. p. 40).

Apparaissent des lieux d'enfermement en France (fin XVIème) mais ceux-ci, visant spécifiquement cette population, n'auraient pas été si utilisés (insuffisamment nombreux, sans moyens) : ils visaient « le vivre, le couvert et le travail ». L'assistance institutionnelle en question aurait touché de 5% à 20% des vagabonds.

I-5-4 XVIIème-XVIIIème siècles

En 1694, il pouvait y avoir en France environ 10% de la population globale relevant de personnes vagabondes, selon Nicole Castan (1991, page 57), citée par Gueslin page 88. Les errants auraient été plus ou moins nombreux, en fonction des crises dans la société, et constitués surtout d'hommes jeunes et vulnérables, *désaffiliés* dit l'auteur en se référant à ce que le sociologue Robert Castel dénomme ainsi (1995).

Les mendiants (et par extension toutes les populations mobiles, dont les soldats démobilisés après les guerres tenues par le pouvoir de Louis XIV) sont réprouvés, de plus en plus considérés comme personnages refusant le travail (fainéants), ce sur quoi se fondera leur stigmatisation (Op. Cit. p. 62). L'enfermement sera prôné pour eux. Les dépôts de mendicité sont créés en France en 1764. Selon Gueslin, l'on passera bientôt à l'étiquetage, permettant de discriminer d'abord puis d'exclure (Op. Cit. p. 72), dans une démarche globale, sociétale, de répression à l'égard des errants.

« Au Moyen Âge, la figure par excellence de l'exclu était celle du ladre, reclus dans une léproserie mais promis à une « réintégration spirituelle ». Au cours de l'époque moderne, désormais sans espoir de réhabilitation même symbolique, « les vagabonds et autres correctionnaires retrouvent le rôle abandonné des lépreux » (Op. Cit. p. 77). L'auteur fait directement ici référence à Michel Foucault.

Précisons que Foucault a axé ses recherches sur les enfermements : ceux des fous (*Histoire de la folie à l'âge classique*, 1972,), ceux des justiciables (*Surveiller et punir*, 1975).

Le grand groupe des errants est toutefois différencié au XVIIIème: les migrants sont protégés, les bohémiens réprimés par exemple. Les mesures répressives amènent essentiellement à l'enfermement (« le grand enfermement »).

L'hôpital général est créé en 1656, proposant entre autres la mise sous clef des pauvres. « D'autres mesures coercitives sont prises, comme l'extension de la peine des galères, puis la création des dépôts de mendicité » (op. Cit. p. 78). Mendiants valides _ de plus en plus assimilés à des criminels _ et vagabonds deviennent « gibiers de galères ». *Les temps modernes, contrairement au Moyen Âge, répriment tous les types de vagabonds*. André Gueslin insiste sur l'échec toutefois de l'ancien régime dans sa volonté de contrôle de l'errance : par manque de moyens et par le manque d'adhésion de la population générale à ces mesures.

I-5-5 XIX ème siècle

Au seuil du XIX ème siècle, les errants sont facilement perçus encore comme malfaiteurs, mais aussi comme vecteurs de maladies.

Le XIXème, par l'entrée dans la révolution industrielle, accélère la mise sur le chemin de nombreux itinérants[108] , la mobilité des individus mais aussi (par l'instabilité du travail, les crises industrielles et économiques) une probable recrudescence de l'errance. L'ampleur du phénomène va pouvoir troubler l'opinion par « […] *sa profonde altérité qui dérange* » (Op. Cit. p. 104).

Le plus souvent, les mendiants seraient célibataires et âgés. «Le vagabond est au contraire un individu jeune et vigoureux qui erre sans ressource en quête de

[108] Gueslin, s'appuyant sur Vexliard, parle de « masse vagabonde » : 16% de la population urbaine, 10% de la population totale (ib, page 106).

nourriture» selon A. Vacquié (1902), cité par Gaboriau et repris par Gueslin (Op. Cit. p. 110). Très isolé, très précairement intégré notamment au marché du travail, ses relations sociales sont fragiles, son lien aux autres est altéré faisant de lui un exclu (Op. Cit. p. 138).

Gueslin s'interroge à propos de l'existence d'une «culture ou subculture de l'errance». Sans groupe homogène, une telle conception semble impossible. Pourtant existeraient des valeurs qui seraient « souvent communes aux plus pauvres » (Op. Cit. p. 160), avance-t-il, en tout cas évoquées dans leur discours. Il cite l'aspiration à la liberté, la quête de l'honneur : « l'honneur passe finalement par la volonté inexpugnable de ne pas être perçu comme un « sous-homme ». L'errant manifeste est « […] simplement lors en quête de dignité » (Op. Cit. p. 161).

I-5-6 Représentations des errants depuis le XIXème

A la fin du XIXème siècle, la mendicité des errants serait envisagée comme une anomalie. Les sujets y étant contraints pouvaient se cacher le visage (dans les Pyrénées-Orientales par exemple) pour ne pas être reconnus, apprenons-nous[109].

L'humeur du trimardeur oscillerait « entre apathie (et passivité) et contestation », s'en remettrait au fatalisme, au destin, au hasard plus qu'à l'analyse logique. Il n'en serait pas moins pour autant apte à l'adaptation (de survie devrions-nous ajouter).

Les errants ne sont pas devenus insensibles par la dureté de l'itinérance, de la vie dehors nécessairement. Gueslin cite Jack London qui peut en témoigner dans *Le peuple d'en bas,* œuvre datant de 1902 et reflétant avec l'éloquence de cet écrivain «l'expérience participante » qui fût la sienne aux côtés des plus pauvres dans Londres dans ces années[110].

Les représentations de la société les concernant feraient des errants des êtres stigmatisés, exclus, *« inutiles au monde »* (Op. Cit. p. 168).

Ces représentations se seraient « pacifiées » (sic) à la fin du XIXème siècle : outre la pitié traditionnelle dans la société (chrétienne ici), existent de « bons pauvres » (sic) méritant compassion, qui sont à la recherche d'un emploi et contraints à se délocaliser, à migrer pour ce faire.

Autre représentation à l'œuvre dès cette époque : celle de « la bohème vagabonde », de la liberté, de l'autonomie de qui n'est pas tenu par la stricte habitude contingente. Gueslin fait état de telles images magnifiées dans les arts d'alors (l'image du vagabond, du bohémien, de la *Carmen* de Bizet par exemple, opéra monté pour la première fois en 1875).

[109] Comme s'ils devaient s'excuser d'exister ?... Nous soulignons ici le dévoilement, au travers de texte de Gueslin, du sentiment de honte porté par celui qui erre. Voir à ce propos Serge Tisseron, *La honte. Psychanalyse d'un lien social*, ouvrage de 1992.

[110] On trouve aussi cet écrit sous le titre : *Le peuple de l'abîme*.

L'historien montre que cette fascination vient de loin dans l'histoire de la culture, d'origine religieuse, et perdure d'une certaine façon : on a pitié de l'errant. On envie sa liberté. Au XIXème, il incarne le refus de l'usine [111] , l'insoumission contre l'asservissement (industriel).

Ces représentations pacifiées existent en contre-point, dans le même temps que les représentations opposées qui stigmatisent et diabolisent : ambivalence !

Les non-travailleurs sont repoussés autant par le catholicisme, le capitalisme que le socialisme nous dit l'auteur. Pour Marx, nous enseigne Gueslin, les vagabonds feraient partie de la « classe dangereuse », sans conscience de classe de par l'essence de leur manière de vivre *(comprenons qu'ils ne feraient donc pas groupe).* Réserve de travailleurs pour le patronat, ils ne seraient pas solidaires des travailleurs (vrais). « Son analyse engendre leur sortie du corps social, à moins que ce ne soit l'interdiction d'entrée dans le mouvement ouvrier » (Op. Cit. p. 200).

Après 1850, les mendiants-vagabonds errants peuvent aussi être perçus comme des marginaux. « Repoussants, répugnants et déclenchant la méfiance ». Face à la société dans son ensemble (et aux « entrepreneurs de morale »[112]) (Op. Cit. p. 203), ils sont isolés du fait de leur comportement anormal et de la peur qu'ils suscitent et contreviennent de ce fait à la morale. Ils sont craints pour leur manque ou absence d'hygiène, notion qui s'impose surtout dans la fin du XIXème (ils seraient potentiellement porteurs de maladies contagieuses), et par leur possible folie (Op. Cit. p. 210).

Les médecins vont aussi les faire entrer dans des catégories nosographiques, la classification constituant une activité importante de la recherche clinique de cette époque (chez les aliénistes). Gueslin cite quelques conceptions d'alors : Les errants seraient globalement atteints de « psychose vagabonde » (Ibid), « aliénés migrateurs » pour Foville. Pour Régis, existe une « dromomanie des dégénérés », faisant de ses sujets des individus ne pouvant s'empêcher de marcher. Il est question
« d'automatisme ambulatoire » pour Charcot. Ces itinérants seraient neurasthéniques, dégénérés, hystériques…Il cite le docteur[113] Pagnier (Op. Cit. p. 211-212). Nous reprenons ce passage :

« Si le vagabond était un volontaire, s'il avait une puissance volitionnelle suffisante pour se forcer à errer sans cesse, pour dévoyer chez lui la tendance naturelle de sédentarité relative, établie par la civilisation, ce serait un être extraordinaire, une sorte d'Hercule de la pensée. L'explication de sa manière d'être ne peut donc être que pathologique ».

[111] Faisant aussi écho à la fable *Le loup et le chien* de Jean de la Fontaine, venant incarner cette possible dialectique.

[112] Un « entrepreneur de morale » est, selon Wikipédia en 2015, un individu qui cherche à influencer un groupe de personnes dans le but de lui faire adopter ou maintenir une norme. Il peut agir dans le sens de la création ou du renforcement de cette dernière, et pour des motifs variés (altruistes ou égoïstes). https://fr.wikipedia.org/wiki/Entrepreneur_de_morale .

[113] Dont l'ouvrage se nomme violemment : *Le déchet social. Le vagabond, ses origines. Sa psychologie. Ses formes. La lutte contre le vagabondage,* Paris, 1910.

Le vagabond est par ailleurs volontiers vu, autrement, comme un être *doué de ruse*, sans authenticité, « fourbe », venant remettre en question l'ordre social établi. Il est porteur de tous les soupçons…

I-5-7 XXème siècle : « disparition » des vagabonds, intronisation du clochard, jusqu'aux années 1970 [114] et éclosion de formes nouvelles de vies SDF

Fin des vagabonds et installation de la figure du clochard en ville

Le clochard est urbain, le vagabond était un voyageur traversant campagnes (surtout) et villes (à l'occasion). Vagabondage et « cloche » semblent être des phénomènes s'étant raréfiés pendant près d'un siècle. La mécanisation des exploitations agricoles expliquerait la désertion des campagnes par les vagabonds.

Le délit de vagabondage est de moins en moins prononcé en France (mansuétude à ce niveau des tribunaux). Des témoignages sur les clochards de Paris[115] estiment que leur façon d'être avant la première guerre mondiale et après reste identique mais qu'après (Op. Cit. p. 213), ils sont beaucoup moins nombreux : 20 000 en 1950 peut-être, ce qui serait deux fois moins même qu'avant la Révolution.

Une tendance à voir le clochard et la déambulation comme un choix de vie individuelle prend de l'ampleur au XXème siècle. Dans le même temps, les Hobos à Chicago sont aussi perçus selon cette notion de « choix » individuel (Lavenu, 2010).

Durant la guerre 1939-1945, les populations nomades ont été largement décimées par le nazisme. ¼ des tziganes d'Europe aurait été exterminé (500 000 personnes)[116]. Des clochards auraient aussi été internés sous le régime de Vichy, en nombre indéterminé (Op. Cit. p. 279).

André Gueslin, à partir des travaux de thèse de psychologie sociale de Vexliard, positionne les clochards des années 1950 comme des hommes (plus que des femmes), « fréquemment âgés » (Op. Cit. p. 282), pouvant ponctuellement travailler aux limites de l'insertion (coups de main, « biffe », récupération, …) pour quelques petits emplois furtifs et sans qualification.

Ces personnes expliquaient au chercheur leur errance comme découlant de l'inadaptation de leurs compétences par rapport aux offres de travail. *Vexliard notait la pauvreté et les carences des relations affectives de l'enfance*, le petit niveau intellectuel fréquent. Les conditions sociales (combinées) donnaient explication au fait qu'ils soient isolés, sans relations sociales, affectives et sexuelles. Venant d'ailleurs, d'autres localités françaises, ils se trouvent qui plus est déracinés dans leur dernier lieu de vie : la grande ville de province ou plus encore Paris.

---

[114] L'Annexe 7 de cette thèse correspond à un supplément informatif pour cette partie ainsi que pour la partie V-1 de l'Introduction Générale.

[115] Par Georges Simenon notamment dans *Maigret et le clochard* paru en 1963.

[116] Le témoignage, en France, de Monsieur Raymond Gurême (2011) sur le sort ayant été réservé aux rom et tziganes français, est aussi éloquent.

En même temps, Vexliard ne percevait pas les errants de son étude comme des cas psychiatriques et remettait totalement « […] en cause l'existence de maladies spécifiques menant au vagabondage » (Op. Cit. p. 284). Les aides sociales aux retraités, aux personnes infirmes, ne sont pas encore dans ces années ce qu'elles deviendront par la suite (instauration du *minimum vieillesse* en 1956, de l'AAH, Allocation Adulte Handicapée en 1975) expliquant l'aumône et parfois l'errance de certains aînés ou de malades.

Gueslin s'accorde avec Vexliard pour penser que « les normes sociales poussent dans la trappe du vagabondage », *que des difficultés graves rencontrées dans l'enfance seraient quasi constantes chez les errants*, même s'il pense que Vexliard, possiblement perçu comme un «entrepreneur de morale » par les sujets rencontrés dans son étude, aurait pu se faire servir des propos standard, « attendus », conventionnels.

Il considère pour finir que le processus menant à l'errance manifeste correspondrait à un « cumul de difficultés de toutes natures, et non pas à une cause unique, qui génèreraient ces exemples de sorties de l'en-groupe ». L'exposition à la rue, et les «nombreuses privations afférentes enracinent (aussi) dans la vie vagabonde celui qui un jour y a été conduit » (Op. Cit. p. 286-287). Insistance est faite derechef sur la difficulté et la douleur dans ces vies par l'auteur.

Vers 1950, l'errance, « problème de société, problème de charité », tend à être prise en compte par des places créées en foyers pour les personnes risquant sinon de prendre le chemin de la rue : les sortants de prisons et d'hôpitaux. Les HLM, Habitations à Loyer Modéré, sont encore peu nombreux.

Des « vagabonds » dans l'âme ?

Vers la fin des années 1950, hors de conditions d'exclusion par une pauvreté de milieu d'origine ou affective, de nouveaux errants apparaissent, « vagabonds dans l'âme », ayant choisi de vivre sur la route. Il s'agit là de jeunes gens.

La route semble avoir été une forme d'initiation en France et en Europe pour les jeunes, depuis les étudiants du Moyen Âge allant d'une université à l'autre, puis les compagnons du tour de France (les uns et les autres pour compléter leur formation dans différents lieux). On retrouve ce type de vagabondage bohême en Allemagne au XIXème chez les *Wanderer* [117] (Op. Cit. p. 310). Il y aurait retour de ces formes de déplacements et d'une idéologie du parcours vers 1950.

Aux Etats-Unis arrive *la beat generation* (beat signifie battement, rythme en langue anglaise). Trois origines, semble-t-il, à ce vocable : référence au vagabond du rail, au rythme du jazz battu par le jeune dans ses déambulations, référence enfin à la béatitude/contemplation. C'est Jack Kerouac qui en est le symbole le plus évident[118] avec Ginsberg. Le mode de vie auquel aspire cette nouvelle population *sur la route* vise la liberté totale, dans un contexte social succédant aux guerres récentes (après

[117] En anglais errer se dit wandering.
[118] *Sur la route,* 1957 ; *Les clochards Célestes*, 1963.

la Corée, avant le Vietnam) et marqué par le plein capitalisme, repose sur l'expérimentation psychoactive (LSD notamment), la libération sexuelle, la vie sans attache et en mouvement (auto-stop, …), la musique (jazz, puis blues, puis folk, puis rock) accompagnant/modélisant la vie. Le parcours est-ouest des Etats-Unis apparaît initiatique dès lors[119] dans ce référentiel de manière de vivre.

Inscrits dans cette ligne, les hippies apparaissent dans les années 1960, envahissent le mouvement rock (Woodstock en 1969). Très présent en France, il concerne, ligue, des jeunes gens de différents pays. Il ne s'agit pas d'une divagation solitaire ni d'une errance, plutôt d'une recherche d'expériences, de rencontres, dans l'actualité d'un mouvement y poussant, advenant par rupture avec la vie sédentaire contraignante, normalisante, sclérosante.

Mythes actifs sur les errants

Gueslin parle des *mythes actifs* à propos de la représentation des errants dans notre culture au cours et jusqu'au bout des années 1960. Il mentionne celui du clochard romantique, voire sublimé d'une part[120]. Autrement, il évoque la représentation (existant en même temps) de l'image dégradée du clochard-vagabond avant de parler des Sans-Domicile Fixe de la fin du XXème siècle et du début du XXIème.

Le SDF, Sans Domicile Fixe, ne fait plus référence à l'errance (ou en tout cas à l'itinérance) mais à *l'absence de domicile personnel*. La catégorie ainsi mise en avant se montre très hétérogène (plus que ne l'étaient anciennement les vagabonds ?), comportant notamment les travailleurs pauvres. Il y avait entre 100 000 et 130 000 SDF en France en 2011 (sur 66 millions de français environ, ce nombre correspondant au recensement de 2013). Il serait question de 142 000 personnes concernées en février 2015[121].

Les SDF actuels seraient surtout des hommes, provenant avant tout des classes sociales les plus humbles.

I-5-8 Culture(s) SDF, culture(s) dominée(s)

L'historien parle de la « culture SDF » comme d'une culture dominée, se référant en cela au travail sociologique de Marc Hartzfeld (2006). Il cite aussi Anne-Marie

[119] *Route* 66 soit *Road 66*, écrit et chantée par Nat Kin Cole, reprise par les Rolling Stones en 1964.

[120] Comme aurait pu l'être le clochard-peintre-travesti de Bourges, Marcel Armand Bascoulard ? Voir l'article que Defeuil de ton lui consacre dans l'Obs, Décembre 2014-janvier 2015, « Les dessins de Bascoulard. Le clochard était un génie », pages 129-132.

[121] Source radiophonique : France Inter, le 15 février 2015.

Rabier[122], la difficulté des SDF à pouvoir ressentir une égalité avec les *« ADF » (Avec Domicile Fixe*[123]), page 382 : « ceux qui les traitent de « bons à rien », de « fainéants», de « pères ou de mères indignes. Comment parler si personne ne croit à l'importance de votre parole ? »

« La culture de la rue dérive vraiment de la culture dominante. Les trimardeurs ont parfois connu cette dernière directement ; en tout cas, elle les imprègne » (Op. Cit. p. 383). Les références à des parents défaillants est fréquente pour les gens à la rue. Le futur SDF serait honteux de son père et souffrirait tout en même temps de ressentir cela à son égard selon Vincent De Gaulejac (1996)[124].

Nous retenons, parmi les questions émises par André Gueslin, celle-ci: « culture de l'errance, culture des carences ?» (Op. Cit. p. 400). Les SDF ont des limites financières ayant des suites immédiates sur le vestiaire, sur le mode alimentaire, sur où dormir, sur leur(s) soin(s). Par ailleurs, les acquisitions scolaires sont souvent minimes, y compris pour les opérations de base, les aspects élémentaires (lire, écrire, compter). Le capital culturel, pour employer une terminologie référée à Pierre Bourdieu, est très peu développé. La carence de bonne santé se fait aussi ressentir, générant toujours plus (et toujours plus vite) de nouveaux problèmes.

La vie des SDF est souvent bornée par la rue (en journée) et le foyer (d'hébergement d'urgence) le soir. Beaucoup (20% peut-être) éviteraient la promiscuité de ces hébergements insécures et sans garantie d'intimité ni contre l'exposition à la malveillance possible d'autrui.

Imaginaire pauvre/imaginaire du pauvre

Gueslin envisage l'imaginaire SDF comme un imaginaire pauvre. « Ils se contentent de profiter, comme ils peuvent, de l'instant qui vient » (Op. Cit. p. 412). Il parle d'amnésie fréquente, le passé n'étant pas utilisé pour nourrir, précisément, l'imaginaire. Se fondant sur le travail du Docteur Jacques Hassin[125], il écrit : « Il peut apparaître hasardeux d'envisager l'imaginaire du pauvre. Car après tout, l'aptitude à produire un imaginaire est dépendante d'une identité personnelle et de la capacité de se projeter dans l'avenir ». Les SDF n'y seraient pas tous aptes, pour des raisons multiples : rendu hagard par la vie dehors, par les consommations psychoactives, sans repères stables (familiaux, géographiques...), pour des raisons internes, psychiques.

Le comportement « des dominants » par rapport aux SDF est distant. Le SDF est celui qui est *d'emblée* hors norme par rapport à ce qui serait devenu nécessaire/ordinaire,

[122] *Colporteurs et taupiers*, Paris, 1983.
[123] L'expression « ADF » provient de Pédro Méca, qui fût un important acteur dans l'aide aux SDF à Paris dans les années 80-90-2000. Il est décédé le 17 février 2015. Son ouvrage (co-écrit) sur les lieux d'accueil, notamment sur « la moquette », est une référence incontournable. De Dinechin B., Meca Zuazu Pédro. (1989). « La vie la nuit », Préface de l'Abbé Pierre, collection l'histoire à vif, Paris : Les éditions du cerf.
[124] V. de Gaulejac. (1996). *Les sources de la honte*, essai, Paris : Point. Pour cet auteur, la souffrance essentielle du SDF tient dans sa désinsertion sociale avec ce qu'elle opère d'une perte d'une place symbolique de « vrai individu » si nous nous autorisons la formule. Il y a pour le SDF toujours potentiellement perte de la reconnaissance symbolique de son être par le groupe.
[125] Document mentionné, 1987.

de manière récente dans l'histoire, dit Gueslin : le fait d'avoir un logement. Leur image ne vient-elle pas de cette transgression, pose la sociologue Maryse Bresson (1997), citée par l'historien (op. cit. p. 417).

Les SDF représentent bien ce qu'ils sont et qui fait peur à tout un chacun *: l'échec de l'intégration sociale.* Leur nombre croissant fait craindre de pouvoir devenir l'un d'eux. Ceci outre la conservation chez les SDF (clochards surtout) de toutes les transgressions normatives propres aux errants.

La crainte de la déchéance sociale serait à l'œuvre dans une société se percevant elle-même comme étant de plus en plus précaire. « Avant de développer la hantise d'un péril direct, des parents l'appliquent à leurs enfants. Nous reproduisons là ce qu'André Gueslin reprend de Sylvie Zucca (2007, p.27) : « si tu ne travailles pas à l'école, tu deviendras SDF » (Op. Cit. p. 419).

D'autres réactions existent vis-à-vis des SDF : le dégoût, la compassion, la peur.

La répression moderne passerait par la mise à distance et la projection : « le SDF cesse d'être le double possible de soi-même et retrouve dans une altérité radicale la place traditionnelle de mauvais objet »[126].

La ville serait de moins en moins accueillante, tolérante (bancs à reliefs anti SDF…) et repousserait, sans les héberger dignement, toujours plus les exclus. Gueslin et Zucca s'associent sur cette question : serait-ce là, la société que l'on attend?

Si le délit de vagabondage a été officiellement abrogé dans le nouveau code pénal de 1994, la répression reprendrait sous une forme différente: celle des arrêtés anti-mendicité municipaux. Depuis 2003, la mendicité « agressive » et le fait de faire faire l'aumône à des enfants sont interdits (Op. Cit. p. 434). Des arrêtés municipaux ont ainsi vu le jour dans de nombreuses villes de France, visant la tranquillité publique et certains types de SDF (les Rom, les « punks à chiens » des centres ville surtout).

Gueslin souligne le manque d'assistance actuel de l'Etat social et le recours excessif aux œuvres privées (Croix Rouge Française, Médecins du Monde, Restaurants du cœur, Emmaüs,…).

Nous aurons l'occasion de donner des éléments sur ce qu'est la vie au sein d'un centre d'hébergement d'urgence et d'évoquer la pénurie permanente de places, élément nous semblant aller avec la logique sociale que nous observons à l'œuvre concernant la population la plus fragile : celle, sacrificielle, d'un maintien dans l'exposition.

Seconde Transition

Le recours aux travaux historiques nous ouvre plus encore à l'exercice de la détection du stigmate standardisé de l'errant dans la culture. Nous avons souhaité, à partir d'un

[126] Citation de S. Zucca (2007) reprise page 432 par Gueslin (opus cité).

exemple de production culturelle contemporaine, montrer comment les préjugés ancrés sont toujours véhiculés.

Ce détour vient simplement imager notre pensée.

I-6 L'image standard de l'errant urbain clochard dans une chanson contemporaine de Claude Nougaro

Si l'on admet que les stéréotypes sont des productions culturelles reprises en tant que « vérités communes » et standard, il est tenable de considérer que des chansons en soient par exemple aussi des expressions. En 1980, soit à une époque où la question SDF n'est pas à l'avant des problématiques sociales, où le RMI n'existe pas, Claude Nougaro sort chez Barclay son album *Assez* incluant ce titre, écrit par lui et mis en musique par Victor Meusy : *Clodi clodo*[127].

Nous en donnons ici le texte in extenso, avant d'en faire une analyse.

Litron dans la poche
Traînant la galoche
Voici que s'approche le clodo

Tous les quinze mètres
Minute, il s'arrête
Pour visser sa tête à son goulot

Sur un banc bien stable
De l'avenue Junot
Il se met à table
Sort son livarot

Et malheur aux mouches
Qui ont l'eau à la bouche
Il fait toujours mouche
Il les tue d'un rot

Clodi clodo
Clodi clodo

2
Ensuite il allonge
Sa carcasse et plonge
Plein comme l'éponge
L'est de l'eau
Dans une ronflette
Avec sa liquette
Hors de sa braguette antiporno

Car pour lui le sexe,
C'est plus qu'un tuyau
Fait pour qu'on déverse
Du champagne chaud

Car pour lui, la femme,
C'est plus au programme

[127] Claude Nougaro : *Clodi clodo*, 1980, Album *Assez !*, paroles de CN et musique de Victor Meusy.

De sa vie d'infâme
Chiqueur de mégots

Clodi clodo
clodi clodo

3
A part cette garce
Harnachée de crasse
Dont la seule grâce
Le seul joyau

C'est qu'elle semble faite
Pour payer les fêtes
Sauciflard, baguette, tord boyaux

Parfois il l'entraîne
Voir couler le flot
Du fleuve, la Seine
Au pont Mirabeau

Quand la lune, jaune
Camembert, se donne
Ses airs de madone
D'avant Apollo

Clodi clodo
Clodi clodo
4
Soyons bonne poire
Versons un pourboire
Dans la patte noire du clodo

Pendant que tout foire
Lui sur la mer Noire
De son rouge pinard
oh !
Hisse et oh !

Il craque et titube
Comme un vieux rafiot
En gueulant un tube
De tuberculo

Litron dans la fouille
Traînant sa gadouille
Il part en quenouille
Dans l'avenue Junot

Clodi clodo
Clodi clodo

Dans cette chanson, Nougaro brosse une image très conforme à la représentation traditionnelle, typique et standard du clochard et répond à la question : *qu'est-ce qu'un clochard traditionnel?* dans sa description.

Il s'agit donc d'un solitaire lent, alcoolique et muni de son alcool ostensiblement, adepte du pique-nique traditionnel français (fromage fort, charcuterie, baguette, alcool); en ce sens, c'est bien l'un des nôtres.

Peu retenu socialement cependant (et en cela au contraire, il s'écarte de nous), il en devient repoussant : il rote, et sent mauvais, il chique des mégots, ne prend garde à rien ni personne, s'affiche comme seul au monde dans l'espace urbain, suspecté d'avoir la tuberculose, de porter une maladie contagieuse donc[128].

C'est un oisif qui n'a cure de l'image qu'il donne : ivre, il dort en place publique en journée, avec une certaine exhibition : nous comprenons que sa braguette est ouverte, que la chemise en dépasse mais l'auteur se presse de mentionner[129] que la sexualité est un stade dépassé pour le clochard dont le sexe n'a plus pour fonction que l'écoulement de l'urine. Pour lui « la femme n'est plus au programme ». *Notons qu'il faut certainement tout particulièrement prendre garde à l'oisiveté, l'inactivité sociale du SDF cachant souvent une intense dépense d'énergie pour son maintien et son adaptation à ses conditions de vie/survie.*

On peut saisir qu'une femme clocharde pourrait cependant être rencontrée (hors sexe) comme une sœur pour « payer son coup » (c'est l'alcool qui fait l'occasion, qui fait lien ou raison du lien) et accompagner le clochard au clair de lune, restant dans une utilisation opportuniste de l'autre. La poésie de l'auteur à ce moment du texte s'extrait du personnage, n'en dépend plus, mais renvoie à l'idée d'un clochard restant contemplatif de la vie, de la beauté, hédoniste à sa façon.

Le chanteur suggère d'être « bonne poire », un contre-transfert particulier où l'on sait « se faire avoir » en accordant une pièce au clochard que l'on voit de nos yeux, ainsi muni, continuer d'aller nulle part.

Nougaro nous fait saisir un instant de vie d'un « clodo » sans âge, sans nom, autres composantes classiques, comme s'il s'agissait d'une éternité, d'un « toujours pareil » avec cette personne réduite et ne semblant nullement se défendre de cette existence, parfaitement rôdée à ce minimum, sans plainte, sans revendication, avec le polissage de la résignation réussie. Il décrit sans la juger « une vie pour rien » pour reprendre le titre de l'article de P. Declerck (1986) et de l'ouvrage de P. Henry et M-P Borde (1997).

Drôle de vie… Mais Nougaro n'y fait nulle insistance sur son aspect dur. Il souligne la déglingue, la débine et le vide au milieu des autres, y propose une projection de poésie lunaire hors observation (aspect ne pouvant convaincre le clinicien de ce terrain).

I-7 L'errant manifeste, figure de *l'indésirabilité sociale* et de *l'antimodèle*. Suite des réflexions sur l'ambivalence et le négatif social vis-à-vis des personnes dites en errance.

[128] Sur l'hygiène et son histoire, voir Vigarello G. (1985). *Le propre et le sale. Hygiène du corps depuis le Moyen-âge.*
[129] La thématique sexuelle affleurant toujours chez Nougaro, chanteur de la libido.

I-7-1 Préambule: l'étude sociologique de Marie Loison-Leruste

La sociologue Marie Loison-Leruste a publié, en 2014, *Habiter à côté des SDF. Représentations et attitudes face à la pauvreté.* Dans cette étude, il s'agissait pour elle d'étudier la manière dont les riverains de centres d'aide et d'accueil des SDF, « figures de l'exclusion moderne », pouvaient se représenter ces derniers. Comment les «voisins » des SDF pouvaient-ils aborder les marginalités surreprésentées dans ce groupe et vivre ce rapport (à proximité) d'altérité. Elle montre que les réactions face au groupe des SDF sont très ambivalentes, emblématiques de l'ambivalence sociale à l'égard des sans-abri de longue date. S'adresser aux « voisins » serait pour elle une « Excuse sociologique »[130], ces personnes ne pouvant ignorer l'existence des SDF de par leur présence au pas de leur porte, dans leur rue.

Elle repère (en région parisienne) que le phénomène SDF, par son ampleur, devient clairement plus visible qu'auparavant sans entraîner plus de bienveillance pour autant. Elle mentionne les réitérations ces dernières années des mesures punitives (remise en service des arrêtés anti-mendicités dans certaines villes).

De quelle manière les SDF font-ils difficulté aux riverains des lieux qu'ils fréquentent ? Par les nuisances que l'on peut objectiver : le bruit, les odeurs, les salissures, par l'usage ostensible d'alcool, par la possible désorganisation de comportements, ou simplement encore par la « visibilité du corps des pauvres »… Par le fait que les biens immobiliers du quartier pourraient être décotés financièrement par ces fréquentations perturbatrices de l'ambiance, de la quiétude, de la tranquillité publique. Par le sentiment d'insécurité que cela autorise[131].

Quatre types de réactions sont reconnus par la chercheuse, à partir d'une population de 400 personnes enquêtées (méthode mixte qualitative et quantitative) :

_ Les gens gênés qui se mobiliseraient contre la présence des SDF, réaction minoritaire.

_ L'indifférence, surtout actualisée par ceux qui, dans le quartier, ne sont pas vraiment installés comme le sont les étudiants, les jeunes.

_ Les réactions interdites : ceux qui estiment ne pas pouvoir protester, partant du principe qu'il serait inadmissible que des (bien) logés s'en prennent à des gens «sans».

_ Le rejet distant, qui serait la réaction majoritaire : les gens ne se mobiliseraient pas par fatalisme (on ne déplacera pas le centre, etc…) et par malaise vis-à-vis de la condition d'infortune des SDF. On admet qu'il est nécessaire de faire quelque chose,

---

[130] Voir interview en ligne de l'auteur à l'adresse www.youtube.com/watch?v=L9fUj80CxWU .

[131] Le 14 mars 2016, des habitants du 16ème arrondissement de Paris ont réagi avec violence à l'annonce de l'installation transitoire (pour deux ans) d'un centre d'hébergement d'urgence en lisière du bois de Boulogne. Réactions d'autant plus intéressantes sociologiquement qu'elles développaient des raisonnements soit à côté de la question de l'hébergement par déplacement du scandale (installer des gens dans le bruit et la pollution ; installer un centre dans un site naturel protégé ; installer des gens dans un quartier trop cher pour eux) soit en projetant sur les futurs« hébergés » des données négatives, rejetantes, racistes. C'est essentiellement des personnes étrangères que les habitants imaginaient voir arriver. On se reportera utilement vers l'article publié dans le journal Marianne du 15/03/2016 de Simon Bentolila « Les habitants du 16ème arrondissement rejettent violemment le futur centre d'hébergement » à l'adresse électronique http://www.marianne.net/lesriverains-du-16e-arrondissement-rejettent-violemment-futur-centre-hebergement-100241091.html

mais cela gêne. Globalement, les riverains sont pour l'aide aux SDF mais loin de chez eux. Marie Loison-Leruste précise que cette attitude est nommée outre atlantique *NIMB : Not In My Backyard.*

L'auteur conclue sur le fait d'une forte ambiguïté dans le rapport aux SDF aujourd'hui, en rappelant qu'il n'y aurait en cela rien de nouveau. Le rapport assistance/hostilité existe de longue date, comme nous l'a appris André Gueslin.

Elle mentionne une *« compassion sélective »* en fonction des conditions de climat notamment (les comportements changent) ou de changement dans les conditions de vie (le voisin devenant propriétaire ou devenant parent deviendrait plus intolérant à la présence de SDF dans son quartier). La compassion sélective dépendrait aussi de qui sont les SDF en présence par l'âge, la nationalité ou le comportement. La conclusion va donc dans le sens d'un maintien intrinsèque des réactions traditionnelles : il est bon d'aider *les bons SDF* qui le méritent, on se méfie de celui qui semble profiter indument de l'aide collective.

Elle considère que les réactions pourraient peut-être se montrer différentes si les riverains pouvaient aller se rendre compte (rencontrer) des conditions d'accueil dans le centre voisin pour qu'ils puissent plus clairement comprendre que tous les SDF ne sont pas sales, impolis, irrévérencieux, oisifs, que beaucoup sont des travailleurs pauvres par exemple.

Commentaire

Aller découvrir la réalité d'un tel centre (d'accueil de jour, d'hébergement d'urgence) force à mieux saisir en effet et à « dé-globaliser », à différencier et à « dé-stéréotyper » les situations, à pointer le cas échéant la désorganisation pathologique, etc… .

Ceci va tout à fait dans le sens de notre travail puisqu'il nous semble nécessaire, pour moins rejeter, de mieux comprendre.

Notre formulation « moins rejeter » est employée par conviction, persuadés qu'il n'est guère possible de s'abstenir tout à fait de réflexes culturels acquis et constitutifs en partie de la façon de penser de son groupe d'appartenance. *Cet effort à ne pas rejeter, à aider, « effort non naturel », nous y revenons maintenant*[132]*.* Avant de développer, citons Marie-Claire Célérier[133]: « Si l'exclusion pose la question de la coupure des liens d'appartenance à la famille, au travail, à la société, elle pose donc la question au-delà du sujet exclu ou qui s'exclut, de la nature des liens qui unissent la communauté de référence » (2000, p. 5).

[132] Voir notre commentaire en partie II-1-1 du présent travail.
[133] Texte avant-propos de la revue Champ Psychosomatique, N°20, intitulée : *Errance, exclusion.*

I-7-2 Logiques sociales de l'exclusion des indésirables. Notions complémentaires « d'aide non naturelle » des exclus et « d'héroïsation narcissique » des aidants

Débutons en mettant en avant quelques éléments de réflexion permettant de considérer que, si des sujets s'excluent jusqu'à l'extrême de la vie sociale ordinaire _ sans aboutir jamais à l'exclusion stricto sensu, comme le conçoit Robert Castel[134], puisque tout se passe toujours au-dedans de l'aire sociale envisagée_ *existeraient aussi d'extrêmes logiques sociales favorisant ces dynamiques.* Les SDF, les exclus seraient *bénéficiaires de « droits sans effet »*[135]*.* Les éléments des précédents chapitres travaillent à nous y sensibiliser, nous entrons ici dans la matière plus directement.

Il s'agit globalement de *logiques psychologiques d'origine culturelle*, intériorisées par tous et mises en actes, qui peuvent aller jusqu'à attaquer la présence-même des personnes sans domicile semblant errer et leur façon d'évoluer dans l'espace urbain.

La remise en place des lois anti-mendicité (contre la mendicité agressive) dans les années 2000, Nicolas Sarkozy étant ministre de l'intérieur, est l'une des expressions claires du durcissement récent (comme il y en eût à d'autres époques) à ce niveau. Patrick Declerck dans *Le sang nouveau est arrivé. L'horreur SDF* (2005) en dit ceci : « Mais qu'est-ce au juste que de mendier agressivement ? En demandant assis, couché, debout ? […] On le voit, c'est la régression juridique et la porte ouverte à l'arbitraire de l'interprétation policière. C'est le retour du harcèlement des pauvres pour nulle autre raison que leur pauvreté même. Honte à celui qui humilie le pauvre. Honte à celui qui nourrit sa force de l'oppression des faibles » (Op. Cit. p. 37).

Le fait d'avoir appris à ne pas devenir un indésirable soi-même, à ne pas devenir un anti-modèle, un contre-exemple, ne permet pas d'aider « naturellement ». *C'est la notion d'un effort de cure et de care « non naturel »* : on n'aide pas de la même façon qui semble faire son malheur lui-même et une victime absolue, un « vrai innocent »[136] pris par une maladie qu'il n'a pas choisie, contrairement à ce qui apparaît dans l'alcoolisme, les toxicomanies, dimensions comportant cette notion jugeante qu'on ne dit plus mais qui reste véhiculée : celle du *vice*….

En 2001, dans *Les naufragés,* Declerck posait que le clochard « […] comme le criminel, le toxicomane ou la prostituée (est) une des grandes figures de la transgression sociale, figure emblématique de l'envers ricanant de la normalité et de l'ordre social. Il en est, de par son existence même, le radical critique » (2001, p. 347). Valérie Colin parle, quant à elle, de ce que renvoie le clochard : « le négatif de la société, l'aliénation au social » (2002, p. 63).

[134] Information issue d'un entretien privé entre François Chobeaux et Robert Castel nous ayant été personnellement transmise par F. Chobeaux.

[135] La formule vient du sociologue Pierre Vidal-Naquet.

[136] Voyons la réaction que nous partageons quand nous apprenons le cancer du poumon d'un non-fumeur non- buveur, la cirrhose du foie d'un buveur d'eau…

L'aide à autrui est parsemée de pulsions non entièrement positives[137]. Dans le cas de l'aide « non naturelle » donnée aux SDF, il s'agirait possiblement et souvent d'un mécanisme de défense, d'une formation réactionnelle à l'œuvre (« si ce n'est pas ici, ce sera nulle part » ; « si ce n'est pas moi, ce ne sera personne », « il faut bien », « quand-même », etc…), ou d'une position soignante qui attend plus de reconnaissance de l'œil admiratif de ceux qui ne s'y mettent pas que d'une incarnation réelle pour l'autre souffrant.

Cette dernière composante renvoie à ce que nous appelons *une « héroïsation narcissique »* utilisant le regard, la culpabilité et la jouissance portés par le grand public sur ce type d'action « indiscutable », « vraiment utile »[138]. Il s'agit de dire, à propos de l'aide psychologique et psychiatrique dédiée aux SDF, que les EMPP fourniraient dans ce sens des « bonnes consciences » achetées sur ce terrain, y compris pour les hôpitaux (représentant un atout, un bon point pour l'accréditation). Il s'agit aussi de ne pas méconnaître que dans ces équipes, il est possible d'être agi par ce type de pression, dont il faut garder conscience.

Olivier Douville évoque aussi cette question. « On mesure alors à quel point il est tentant, pour ne pas dire inévitable, d'aborder, avec toute la gamme convenue d'un pathétique ou d'un lyrisme d'assez mauvais aloi, ces hommes et ces femmes. *Il y a toujours un peu de fatras héroïque,* de sentiment d'être nous aussi à la marge dans une singularité flamboyante, lorsque s'occupant de ces hommes, de ces femmes, et, de plus en plus, de ces enfants et adolescents, nous éprouvons, non sans raison certes, le sentiment, voire la certitude, de nous trouver face au plus réel des effets de la violence politique et économique sur les plus démunis de nos concitoyens » (2012a, p. 172).

Les aidants eux-mêmes, nous-mêmes aussi, n'abordons pas pareillement les individus en souffrance du « in » culturel et les désœuvrés apragmatiques qui ne semblent rien vouloir ni rien accepter comme les autres. Certains stéréotypes semblent résonner dans les têtes en ces instants, shunter la pensée, modifier l'empathie et les identifications : on passe à l'acte (aspects sadiques), on réagit sans plus penser donc. D'autres « autres » (étrangers, fous, …) sont parfois régis d'une manière comparable, socialement déterminée et guidant « naturellement » vers l'éloignement.

Apports de Jean Maisondieu

Nous souhaitons ici exposer les idées de ce psychiatre en reprenant deux de ses textes.

[137] Voir la partie de cette thèse portant sur le refus de soins au prochain chapitre.

[138] Etre « vraiment utile » en psychiatrie… Ceci nous a semblé pouvoir être à l'origine de la motivation de certains psys contemporains dans les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques, plus sensibles à l'aide très médiatisée à apporter aux personnes normales tout venant de la société qu'à l'accompagnement à délivrer dans l'ombre à des malades chroniques notamment. Voir Jan, 2002.

Le *syndrome d'exclusion* de Jean Maisondieu (1997).

Parler de syndrome d'exclusion laisse entendre que l'exclusion sociale elle-même serait vectrice de pathologie. Ceci laissant entendre que la pathologie liée à l'exclusion dépendrait moins de l'idiosyncrasie que du contexte social en inférant que le traitement d'un tel mal devrait comporter plus d'amélioration des conditions externes (sociales) qu'un remaniement des conditions psychiques (malgré l'opportunité en cas extrême de vécu d'exclusion difficile d'un recours à la psychiatrie pour franchir le temps de la crise occasionnée).

Après avoir discuté le rapport entre pauvreté et exclusion, l'auteur en vient à parler de la psychiatrie qui a pour objet ni l'une ni l'autre mais bien celui de l'aliénation mentale, a priori sans lien avec elles. Il rappelle que la psychiatrie a opéré une démarque entre misère et maladie mentale en mettant ailleurs le fou et non plus, comme les autres marginaux, dans l'hôpital général.

Au-delà, la psychiatrie est en prise avec l'exclusion au sens où la maladie mentale exclue hors de l'humanité. Autre niveau : par la maladie, le sujet peut aussi être placé hors du lien social (dont il s'exclue de fait par son idiosyncrasie).

Avec le geste symbolique de Pinel, avec la Révolution française, « l'insensé qui avait cessé d'être considéré comme un semblable à cause de sa folie redevenait un semblable malgré sa maladie mentale ». Par ce geste fondateur, la psychiatrie se serait construit une position d'interdiction de mise au ban de l'humanité de quelque individu sous prétexte de folie. La création des asiles a été une manière de protéger la société mais aussi de soigner *les fous, « les plus exclus des exclus »* (Maisondieu, 1997, p.120). Cependant, l'enfermement y ayant été radical, les ruptures des relations des malades les ont définitivement coupés de leurs liens.

L'asile s'est avéré lieu d'enfermement ; on a découvert que l'isolement (prolongé) n'était guère une voie thérapeutique. La rupture des liens sociaux aurait des effets irréversibles affirme l'auteur en reprenant le travail d'Edouard Zarifian, *Les jardiniers de la folie* (1988).

Maisondieu décrit le syndrome d'exclusion (idem, page 123) avec une composante «subtile » *: une exclusion qui s'auto-construit et s'auto alimente*, *liée au manque de reconnaissance mutuelle entre les membres d'une société sensée être « égalitaire et fraternelle ».* Elle ne devrait pas se produire en démocratie et crée une situation aliénante et paradoxale pour ceux qui la subissent : être quelqu'un puisqu'étant exclu; être personne puisqu'étant exclu. Ceci occasionne *de fait* un problème identitaire, constate Maisondieu.

Les symptômes de cette exclusion comporteraient trois axes se combinant entre eux : *la désespérance, la honte et l'inhibition (affective et cognitive).* « […] Le syndrome d'exclusion entraîne une aggravation de l'exclusion qui l'a fait apparaître. Ce qui permet de dire que l'exclusion est à l'origine d'une forme maligne de souffrance psychique et que, comme un cancer, elle ne rétrocède guère spontanément : au

contraire elle s'aggrave. C'est pourquoi la psychiatrie (non pas seule mais avec d'autres, notamment le travail social) doit s'occuper de l'exclusion[139], même si cette dernière ne semble pas être à l'origine de maladies mentales au sens classique du terme ».

Maisondieu voit le syndrome d'exclusion comme étant une entité centrale d'un nouveau champ : celui des *« pathologies de la fraternité ».*

La désespérance, « un pénible sentiment de tristesse et d'anxiété », ne ressort pas de la dépression. Elle s'en différencie par le fait de pouvoir se résoudre à partir d'une amélioration du contexte (ce n'est pas le cas dans un syndrome dépressif). Sans ce mieux aller, le désespoir peut prendre le pas et conduire au suicide ou s'aménager dangereusement avec un recours addictif.

La honte, centrale, atteint le sujet narcissiquement.

L'inhibition vient protéger contre la honte et la désespérance : elle induit un renoncement aux émotions, aux stimulations stressantes, à la pensée sur soi et donc sur la situation pénible. Elle aurait des effets délétères par le fait de figer le temps : inhiber les pensées d'une vie d'avant meilleure, ne pas penser au présent tout à fait, ne rien projeter de personnel/contrôlé/désiré pour l'après qui reste craint de ce fait. Maisondieu parle d'une grande fatigabilité de l'exclu, entrave à la reprise socialisante. Elle serait liée à l'énergie nécessaire à faire vivre les apparences « […] tant qu'il n'a pas abandonné le combat pour essayer de cacher sa misère. Il vit au jour le jour dans la tension, angoissé par le regard des autres et apeuré par la réalité de sa situation *d'être sans place».* Ces éléments favorisent le recours aux addictions, plus particulièrement à l'alcool.

***La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide* (2010)[140].**

L'autruicide, au sens figuré, c'est le « manque de considération à l'égard de l'autre ». Il s'agit pour Maisondieu d'une manière de fabriquer des exclus « sans même avoir besoin de les tuer ». Il l'envisage comme *un crime (social) parfait*. Nous évoluerions selon lui dans un monde *autruicidaire* dans lequel il serait facile de faire mourir l'autre : de honte.

Maisondieu pose que l'on sort de la rue essentiellement les pieds devant, en y mourant: 95% des SDF seraient concernés, avec une espérance de vie de 30 ans inférieure à celle de la population générale (vérifié par Mercuel, 2012). 5% des gens s'en sortiraient.

Pourtant, depuis les ordonnances de 1946 rappelle-t-il, chacun a le droit à des moyens décents de survie. L'auteur décline cette proposition en arrivant à celle-ci : nous ne

[139] Ceci étant aussi une position ferme de René Roussillon : voir dans ce travail la partie III-1.
[140] Nous abordons cet ouvrage en reprenant une conférence de l'auteur à son propos, accessible sur internet à l'adresse https://rcf.fr/jean-maisondieu-la-fabrique-des-exclus-241111-st-sixte

nous autorisons pas à tuer nos contemporains : il faut interdire le meurtre pour pouvoir vivre ensemble, normalement. L'idéal de Fraternité est affiché comme valeur première: non seulement il ne s'agit pas de tuer l'autre mais de se faire le gardien de son frère.

Depuis les années 80, dès avant l'avènement du RMI, Maisondieu étudie la souffrance particulière des exclus. Existaient des pauvres depuis toujours remarque-t-il, mais on ne parlait pas d'eux comme d'exclus. Ces pauvres étaient peut-être considérés avec mépris pendant les 30 glorieuses, discute-t-il, n'ayant pas de place reconnue inclues.

Avec les années 70-80 apparaissaient les « nouveaux pauvres ». On découvre avec eux que la pauvreté n'est pas consubstantielle à son état (comme si avant, on voyait le pauvre comme l'héritier d'une lignée malchanceuse et circonscrite). Désormais, bien plus qu'avant, il semble envisageable de pouvoir devenir pauvre, de tomber pauvre. «la lutte contre l'exclusion devient priorité nationale. On y a cru mais ça n'a pas marché, ça ne pouvait pas marcher. Car la loi n'était pas faite pour les exclus mais pour les inclus. Il fallait empêcher les inclus de tomber dans le quart monde ».

Après s'être occupé de ces personnes normales (devenues pauvres), les travailleurs sociaux sont allés voir *les vrais exclus de longue date*. Les vrais exclus, ceux qui n'allaient pas chez les travailleurs sociaux : clochards, prostituées de bas-fonds, etc…

Jean Maisondieu témoigne de la découverte de vies brisées, donnant l'exemple chiffré de 12 femmes ayant subi des viols sur un groupe de 35. Il reprend d'autres réalités liées à la souffrance sociale. 80% des urgences psychiatriques ne relèvent pas de la spécialité psychiatrique. « Quelqu'un qui s'est raté, qui boit trop, qui est en urgence, … Les gens viennent parce qu'ils n'en peuvent plus de vivre leur détresse psychosociale. Ils viennent faute de moyens convenables d'existence ». L'altérité se poserait, pour Wladimir Jankelévich, autour d'une proposition du type : l'autre est un autre que moi parce qu'il est relativement le même, à la fois semblable (la ressemblance est agréable socialement) et différent. La capacité d'être semblable et différent, est une capacité de souplesse et un paradoxe.

Il serait possible de sortir du paradoxe en y accolant la fraternité, le lien entre les hommes considérés comme membres de la même famille. Cela allant avec le sentiment profond de ce lien d'espèce. Il est différent s'il s'impose à moi ou s'il requiert la solidarité active que je choisis. « La fraternité s'impose à moi, c'est un lien d'espèce quelle que soit ma race qui m'oblige à m'occuper de l'autre, à le respecter. C'est difficile puisqu'il m'impose des limites. Le respect limite beaucoup mon amour propre (Emmanuel Kant). Et l'autre, j'ai peur qu'il profite de moi ».

L'exclu qui ne travaille pas fait scandale. Est-il obligatoire de vivre pour travailler ? Qu'on vive pour travailler ? Non, affirme Maisondieu : « l'homme n'a pas à justifier de son existence ». Et pourtant, dans la vie sociale…

Sans la ressemblance, il ne reste que la différence. *L'exclusion, c'est le refus de la ressemblance qui l'explique. Le refus est un déni de la fraternité.* La pathologie mentale allant avec relèverait ainsi d'une pathologie de la liberté.

L'homme pris de honte voudrait toujours *rentrer sous terre* : voilà bien pour Maisondieu, l'essentiel de la pathologie lié au déni de fraternité.

La honte est pour lui ce pénible sentiment qui n'a rien à voir avec le sentiment de culpabilité. Dans la honte, c'est moi la tâche, la faute. Avec l'Autruicide : je fais honte à l'autre, qui en crève.

La honte serait au centre de l'exclusion. Comment réussir à ne pas mépriser l'autre ? Est-ce authentique de ne pas le mépriser si j'accepte qu'il n'ait pas de moyens corrects d'existence ? Si ce minimum n'est pas assuré, je réduis l'autre à moins que rien. *Celui-là est repoussant, il n'attire pas. Sa pathologie, puisqu'il ne peut pas faire envie, c'est de faire pitié. Si je cède en cela, en tant que soignant, je l'enfonce.*

Nous avons pour défense l'horreur au sens « il me fait horreur ». Qui peut envier un clochard ? On ne peut au mieux qu'avoir pitié… L'exclu paie toujours dans sa peau, hors moyens convenables d'existence.

Le RMI n'avait pas perçu le problème de la pauvreté. Des siècles durant, l'exclusion s'était cachée derrière la pauvreté. Il faut comprendre que *l'exclu est citoyen superfétatoire (Robert Castel). On ne peut pas le tuer mais on lui coupe les vivres. Il ne sait plus où se mettre. 95% des gens de la rue meurent dans la rue et dans l'indifférence. La rue est propre…*

Le vrai problème serait celui de l'altérité : *Liberté, égalité, altérité* serait le slogan à défendre de Maisondieu.

Apports d'Olivier Douville sur la notion de Paria

L'article de cet auteur intitulé « Grandes exclusions et corps extrêmes : de la fabrique du paria » [141] évoque les changements sociaux actuels, en région parisienne notamment délétères aux assistances. Il les dénonce. « L'ensemble du contexte sociologique qui produit des exclusions massives et chroniques n'est pas opaque. Pas du tout. Il n'est pas propre à tel chercheur ou à telle discipline. Il est présent sous les yeux de tous. C'est le contexte d'une société où se multiplient des lignes de fractures (qui ne sont pas que sociales) et où l'on voit apparaître dans la rue, dans le métro, les halls de gare, des centaines, puis des milliers de mendiants ou d'errants, dont beaucoup sont devenus des SDF. Au cœur de ces errances, de tant de mendicités et de telles déambulations automatiques, se trouve la présentation de l'un des plus grands désastres qui puissent menacer les communautés: la destruction d'une cité, la mise à la casse de cette enveloppe charnelle et formelle qui donne aux trajets d'existence, source et bords, légitimité et orientation. Chaque exclu, chaque errant, (mais non chaque marginal ou chaque exilé) renvoie ceux qui le côtoient, le fuient ou l'approchent à la menace de la destruction de la *polis »* (2012a, p.167). Douville

[141] In Douville O. (dir.). (2012a). *Clinique psychanalytique de l'exclusion,* collection inconscient et culture, Paris : Dunod, pages 165-188.

propose de parler non plus de cité mais « d'a-cité » pour désigner ce phénomène (Op. Cit. p. 166).

Auteur intéressé par la dynamique des lieux s'il en est, Olivier Douville s'arrête sur les hors-lieux des grands exclus. « Avec la grande exclusion, un abîme s'ouvre. Cet au-delà de la pauvreté qu'est la misère mène à considérer que le sujet mis en « hors-lieu» n'est plus alors uniquement l'exilé « exotique », il devient cet *exilé de l'intérieur que l'on nomme exclu* »[142]. Il s'agirait là en même temps d'un individu que l'on va stigmatiser (au-delà de la marginalité).

« Tout un aspect sinistré de la grande exclusion met en relief, par le négatif de la condition de ces grands exclus, le rapport logique entre la construction subjective des individus et les montages normatifs de la référence. A suivre par exemple les thèses de Pierre Legendre, on peut avancer l'idée que ce rapport logique fonde l'universel humain, dans son artificialité symbolique et que toutes les cultures ont affaire à ce mécanisme. Cela est un invariant, une structure universelle. La question demeure du sort que la modernité fait à cet invariant » (idem, page 169).

I-7-3 Faire souffrir, attaquer, maintenir exposé, sacrifier le négatif représenté par l'anti-modèle

L'anti-modèle[143], comme l'est le clochard selon P. Declerck auquel nous sommes tout à fait associés sur ce point, *serait utile uniquement par le fait d'incarner, de matérialiser, de concrétiser ce qu'il ne faut pas être sur la scène sociale.* On le montre aux enfants… « Il est, à la réflexion, assez salutaire que souffrent et meurent dans la rue et sous nos yeux quelques-uns de ces insupportables oisifs. Leur calvaire est un exemple, il est leçon de choses. Approchez braves gens ! Regardez ! Voilà ce qui arrive à qui transgresse les obligations de la société. A qui tente d'en secouer l'implacable joug » (2005, p. 80).

Inclus/exclu, le SDF « […] joue sur la scène du théâtre social un double rôle essentiel. Celui de la victime sacrificielle. Et celui du contre-exemple. […] Par-delà la compassion réelle ou feinte, on ne comprend rien aux paradoxes de l'aide aux SDF *si l'on ne mesure pas à quel point ils sont, consciemment ou inconsciemment, objet de la haine de la vindicte publique »* (idem, p 81, souligné par nous). « Détesté professeur de l'insoutenable, Clodo est là pour enseigner cette terrible leçon : la normalité est sans issue. Et derrière nos bienveillantes démocraties, se cache, mutique, mais vigilante, une totalitaire obligation : Citoyen sera productif ou, lentement, et passivement, et sans bruit, mis à mort. *Que l'on ne s'y trompe pas. La souffrance des pauvres et des fous est organisée, mise en scène, et nécessaire. L'ordre social est à ce prix » (OP. Cit. p.82,* souligné par nous).

[142] Souligné par nous.
[143] Cette dénomination vient de nous.

Les enfants l'apprennent et le mettent en pratique. Un exemple personnel en dit certainement quelque chose[144].

A l'âge des pétards à mèches, en pleine latence, les jours précédant le 14 juillet étaient comme des temps de répétition avant le grand soir. La forêt de Montgeon au Havre dans ces années 70 nous offrait clairières et fourrés pour recevoir nos détonations. Nous trouvions tout à coup plus amusant de venir faire claquer nos mitraillettes, corbeaux et autres mammouths tout près de ces hommes endormis dans l'herbe, comme ceux de la planche 9BM (l'une des planches dites « planches rares ») du TAT : de grands alcooliques clochardisés qui erraient à l'orée du bois et dormaient dans les ruines d'anciens baraquements laissés après-guerre par les américains à leur départ. Etonnant pour nous-mêmes de voir dans ce souvenir le fait qu'il était possible pour nous-autres enfants de ne pas nous sentir coupables à troubler la tranquillité de ces hommes-ci, de ces adultes-là, disqualifiés en tant que tels certainement, qu'il était donc tolérable pour nous de nous inconduire de cette façon. On savait qu'il ne fallait pas le faire dans l'absolu. Inférons à partir de là également que nous savions qu'un homme saoul est risible et prévisible. Nous étions lecteurs de Tintin… Véronique Nahoum Grappe, sémiologue des personnages de Tintin dans son ouvrage : La culture de l'ivresse. Essai de phénoménologie historique (1991), confirme qu'il est possible de moquer et de déchoir de son statut d'adulte respectable l'alcoolique manifestement ivre. Citons-la : « Le buveur ivre est ainsi suffisamment identifié par la figure de l'ivrogne, qui promet ce qu'on attend de lui » (page 55, opus cité). Véronique Nahoum, fine dans cette démarche phénoménologique quasi bachelardienne, retient que la spirale du requin ivre dans Le Trésor de Rackham le Rouge suffit à indiquer l'état spécial de l'ivresse que nous reconnaissons immédiatement (spirale très utilisée par Hergé pour le Capitaine Haddock bien sûr mais aussi pour Milou, Tintin lui-même, en cas de prise alcoolique). Moralité : déranger un clochard ivre n'est pas déranger vraiment, ce qui participe d'une logique aveugle, disponible à tout moment, activable, d'une logique d'annulation d'égalité, de respect. Et ces hommes ne nous avaient rien fait pour mériter le vent du pétard à mèche, sinon qu'ils étaient ce qu'ils étaient.

Ces logiques globales sont pour une part véhiculées dans les institutions, y compris celles qui devraient permettre de lutter contre la marginalisation active.

S'il était illusoire de clamer, comme le faisait le programme de Lionel Jospin en 2002, « zéro SDF en 2007 »[145], il s'agissait selon-nous d'une ouverture généreuse, intéressante à ce titre et aujourd'hui refermée. Illusoire, bien sûr, mais des efforts seraient à consentir pour limiter la casse. Ce n'est pas *que* par des moyens supplémentaires que l'on pourrait avancer en la matière. Ce n'est certainement pas avec moins non plus que les choses pourront bouger favorablement. Manquerait une politique à la mesure du phénomène.

[144] Nous avons évoqué cet épisode en 2001 dans un documentaire, *Du côté de chez Bazire. Rencontre avec des personnes en situation de précarité en lien avec l'UMAPPP, J-L Galinat, R. Picard.*

[145] Voir l'article de Bertrand Bissuel dans Le Monde du 21 mars 2002 : « L'objectif zéro SDF en 2007 est-il réalisable ?

La conscience semble exister chez certains. La tribune de Martin Hirsch, Haut-Commissaire aux Solidarités Actives Contre La Pauvreté, anciennement président d'Emmaüs France, dans Le Monde du 2 décembre 2008 intitulée : « Ce que j'ai à dire sur les Sans Domicile fixe » le laisse entendre. Assez brutal de confrontation, il montrait à cette date que l'essentiel du phénomène SDF et du mal logement en France seraient pour une large part résolu avec un effort correspondant au prix d'une centaine de kilomètres de ligne de TGV…

Les plans grands froids sont déclenchés selon des critères excessivement peu précautionneux de la notion de souffrance[146]. Declerck (2005) l'exprime avec la force de son style et l'on comprend qu'il s'agirait de *pouvoir sacrifier de cette façon les non méritants…* Une manière de sacrifice moderne… N'oublions pas que si le froid est un fléau, la chaleur, les intersaisons sont à l'origine de plus de décès (apparemment moins scandaleux, moins visibles. Chez nous, ça se dénonce d'abandonner un gueux à son sort quand les conditions sont rudes, ça ne pose quasi plus de question hors hiver). Sur ces points, les pages 40 à 50 de l'essai de Declerck sont cruellement lucides, le cynisme qu'elles soulignent n'étant pas le sien.

«Contrairement à ce que l'on pourrait craindre, en situation extrême, l'homme s'habitue très vite à l'atroce. Il est une heureuse facilité à supporter la vue du sang. Le sang des autres bien entendu … » (Op. Cit. p. 26).

Valérie Colin parle de l'exclusion comme ayant une fonction de régulation sociale. Elle reprend (2002, p. 39) L. Gruel et J-M. Dequeirez (1987, p. 5) : « La structure sociale est conçue de telle façon que l'exclusion relative d'une fraction des acteurs soit une condition nécessaire à sa régulation ».

Question du *sacrifice social* : les errants SDF boucs émissaires du groupe

En ayant conscience de la force de ce vocable, nous ne pouvons ignorer la familiarité de ce que nous avons mis en avant dans ce chapitre, à la suite de Declerck (2005), avec ce que René Girard a développé dans ses développements sur *le bouc émissaire* (Girard, 1982; 1985).

Comment fonctionne la recherche du bouc émissaire selon lui? Si une société (comme la nôtre) produit des niches, des classes qui tendent à s'auto suffire, à fabriquer de l'entre soi, à ne pas se mélanger (et à rendre difficile le passage vers les strates supérieures), la découverte d'un bouc émissaire, d'une « victime de sacrifice », viendrait comme liant réconciliateur des différents mondes composant le groupe en question. La victime sacrificielle sert précisément à cela : on lui réserve la même haine, elle est haïe également dans toutes les classes de la société, par tous (en tant qu'anti-

[146] Cela pourrait faire penser ici encore à la fameuse expérience de Stanley Milgram portant sur la soumission à des consignes énoncées par une autorité non remise en question ? 3 niveaux d'alerte admis et devant déclencher les plans par les préfectures: le premier dit *temps froid*, températures positives en journée, entre 0° et -5° la nuit ; le second, dit *grand froid*, températures négatives en journée, comprises entre -5° et -10° la nuit, le troisième, dit froid extrême, températures négatives le jour et au-delà de -10° la nuit: ce n'est qu'à ce dernier niveau que l'accueil des centres d'hébergement devient inconditionnel...

modèle ajoutons-nous), c'est-à-dire en tant que personnage ayant la réputation d'être dissemblable et négatif.

I-7-4 Hébergement minimal : abri digne ou non-lieu pour l'individu et son éventuelle « ré-individuation » ?

Le système d'hébergement d'urgence est systématiquement saturé, plus encore ces dernières années, partout en France. Les régulateurs du SAMU social de PARIS ont dénoncé à plusieurs reprises cette forme d'escroquerie : laisser entendre que, quand on n'a plus rien, le 115 propose une solution… Comment un individu peut espérer sortir de la galère avec un système organisé de manière à le laisser épuisé, sans continuité possible d'un environnement ? Le système proposant 3 nuitées en structure toutes les 10 nuits dans certaines villes de France (en 2015), nous assistons en tant que cliniciens sur ce terrain à des états de fatigue jusqu'alors inconnus, avec des personnes devant squatter les salles d'attente des services des urgences jusqu'à être mises à la porte tard dans la nuit et marcher jusqu'à l'ouverture d'un lieu d'accueil de jour qui permettra peut-être une sieste en plus du café. Le comble observé par les EMPP est que les nuits à l'abri ne sont pas mises à profit : quand on est habitué à la vigilance de tous les instants, la déshabituation brutale ne se peut, « l'accès au confort » ne se fait pas spontanément et nombreux sont ceux qui ne dorment pas mieux en sécurité, allongés et au chaud pendant leurs trois nuits gagnantes…

Les centres d'hébergement d'urgence ont dû se soumettre à un plan de « ré humanisation » (la formule est à apprécier). Localement à Rouen, un centre d'hébergement d'urgence passe de 120 personnes accueillies à environ 80. Il y avait anciennement des chambrées de 6-8, aujourd'hui le même espace accueille 4 hommes dans des boxes cloisonnés. Un peu plus d'intimité est un progrès indéniable pour ceux qui sont privés de vie privée comme le sont les sans-abris. Mais 40 personnes en plus restent dehors. Le quota de travailleurs sociaux (alors que les structures d'insertion relèvent des plus bas équipements) se voit réajusté par le bas (Noblet, 2015). Qui accompagne les démarches de ceux qui ne savent s'y prendre et ne demandent rien ? *Ne serait-ce pas là au contraire qu'un effort important serait logiquement bon à consentir ?*

La proposition d'aide (authentique) est-elle obsolète ?

Logique d'abandon, de perpétuation du pire, dans une société globale peu regardante.

L'hébergement d'urgence, qui était le minimum accessible il y a moins de 10 ans dans une ville comme Rouen, devient aujourd'hui d'entrée laborieuse, après des mois (souvent un an) d'intermittence dans les structures via le 115. Si les centres d'hébergement d'urgence s'humanisent, ils restent des lieux dans lesquels il est a priori impossible de rester en journée, condamnant qui y dort à vaquer jour après jour dehors, sans programme. Les conditions de vie dans ces centres restent très acrobatiques : mélange de personnalités normales et pathologiques, mélange de personnes de cultures très diverses, mélange générationnel, de personnes sobres et de grands consommateurs de produits psychoactifs licites ou non, de traumatisés de

guerres et de paumés en tous genres…. Beaucoup témoignent de leur insécurité en ces lieux, de la peur des maladies (la galle court, les poux, les mycoses, la tuberculose, les hépatites, le sida, … malgré l'entretien quotidien des locaux), de la saleté et du manque d'hygiène, de la peur d'être violenté y compris sexuellement, harcelé, volé ou racketté…Certains y renoncent, préférant s'extraire dans un lieu restant personnel : plutôt la cabane, le recoin de parking glacial, sans que cette « issue » soit nécessairement comme une régression vers une stratégie relevant de références infantiles (certains psychotiques construisent les choses dans ce sens semble-t-il), des tentes à plusieurs ou seul. Un patient a passé plus de 10 ans en « camping » dans une forêt.

Les manières d'être des uns peuvent être insupportables pour les autres et renvoyer à l'idée d'une arrivée dans le monde de la déglingue, dans l'impasse de la casse sociale irréversible. Voire le commentaire d'un usager vivant sa présence au Centre de Nanterre *comme s'il était un déchet* : « ici c'est la poubelle » déclare-t-il [147]. D'autres éléments concernant les lieux fréquentés par les SDF sont contenus dans le chapitre II de cette thèse détaillant les cliniques de la grande précarité.

I-7-5 Prise en compte décalée de la réalité psychique et sociale de l'individu SDF à aider. Toujours aider insuffisamment, à côté des besoins[148]? Et les travailleurs sociaux?

Les offres semblent moins facilement obtenues aujourd'hui qu'il y a 10 ans, selon notre expérience en lien avec les travailleurs sociaux. Mais il y a 15 ans déjà, existait une pression _ qui s'est confirmée _ du côté du « projet personnel » trop souvent impossible sur le fond et apte à faire rebasculer le sujet vers la non-demande faute de capacité à s'astreindre à ce type d'effort. Ces propositions viennent généralement à partir du séjour stable en hébergement d'urgence, soit après des mois préalables de vie à la rue, au regard de l'état du dispositif.

« […] ces illusions sont dangereuses et souvent mortelles. Basé sur une probabilité de réinsertion à peu près comparable à celle de gagner au Loto, le système d'aide sadise au quotidien, en proposant des accompagnements dénués de toute adéquation clinique. Ces derniers sont constitutivement inadaptés à soulager efficacement les souffrances des populations visées » (Declerck 2005, p. 73).

Pourquoi n'existe-t-il pas de structures évitant les confrontations malmenantes? Les jeunes et les clochards ensemble… Etonnement et indignation face à *la fabrique de précaires* voire de grands précaires que donne la non-assistance aux jeunes à la sortie des dispositifs relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance[149].

---

[147] Calmettes Joël, Boutinard Patricia (1997). *La maison des sans-abri*, 1993-1997, production déléguée Anabase, coproduction France2/ Anabase.

[148] Jean Maisondieu (2010). *La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide*, opus cité.

[149] Nous y reviendrons dans la partie consacrée aux jeunes en errance, au chapitre II.

On crée des EMPP et parallèlement on attaque le travail social : quelle cohérence ?

Le travail social tend ici à être dévalorisé injustement[150] au regard des « efforts non naturels » (et couteux parfois) à fournir, dont nous avons commencé à parler. Apparait sur ce terrain, anciennement celui de la charité, le retour du caritatif et des bénévoles (aux restos du cœur, à la croix rouge, dans les maraudes paroissiales, dans les déclinaisons provinciales du SAMU social…). Les travailleurs sociaux ont leur savoir et leur savoir-faire, ils savent éviter les imprudences naïves des bons sentiments : c'est leur métier, un métier difficile qui s'apprend, comme la clinique, sur le long terme et par expériences et lectures. L'enfer, comme le dit l'adage, peut être en effet pavé de bonnes intentions et les initiatives non professionnelles « sauvages » peuvent sur ce terrain générer de gros dégâts[151].

Les travailleurs sociaux souffrent. Pas seulement du fait de la « souffrance portée »[152] mais aussi par l'attaque, la déconsidération de leur cœur de métier.

Par exemple, quand les travailleurs sociaux n'ont plus de solution et le savent à l'avance, quelle devient la nature du travail social ?

L'abord de la contre-attitude des professionnels du social est informatif. Contre attitudes souvent délitées : on voit apparaître chez de bons professionnels d'hier des défenses nouvelles aujourd'hui, choquantes parfois: rejet, craquées verbales, explosions d'humeur, évitements, sortie de réserve, passages à l'acte (brutalité des annonces qu'ils font aux usagers, promptitude à l'intolérance et au rejet). Ou encore, banalisation des souffrances des usagers, désindividualisation des cas à traiter, désinvestissement personnel. Ou encore, a contrario, engagement dans des militantismes extrêmes : accueillir *chez soi,* devenir bénévole en plus du travail *avec le sentiment d'être utile à ce niveau seulement.* Ou encore promptes démissions sans « plan B », fantasmes marqués et perpétuels d'aller planter des choux ailleurs, loin du travail social…

A cause de budgets excessivement grevés, les nouveaux venus sont sous diplômés, en emplois précaires[153]. Les logiques de non accueil ou de mal accueil se généraliseraient, notamment pour les demandeurs d'asile (pour éviter le fameux « effet d'appel »): leur maintien dans l'attente/anéantissement, pleine de vide et d'angoisse, l'assistance minimale, le non-sens…

[150] Voir G. Gaillard (2008)

[151] Les improvisations de retrouvailles familiales par exemple, partant du principe que réparer des abandons par la réunion, par les liens de sang retrouvés, c'est bien...

[152] Comme mise en avant dans le rapport Lazarus (1995) et dans le travail de Valérie Colin en 2002. L'expression « souffrance portée » est de cette dernière.

[153] Jan, Laumonier. (2000). «Des professionnels précaires aident des précaires ». Communication au séminaire fermé de l'ORSPERE, Arbresle, couvent le Corbusier, novembre 2000. Les choses sont très comparables aujourd'hui.

Commentaire

Après ces contradictions, les EMPP apparaissent comme des entités institutionnelles à contre-courant des logiques à l'œuvre désormais dans l'hébergement d'urgence et l'insertion et par ailleurs, fort peu syntones avec l'hôpital psychiatrique actuel (péremptoire, voir annexe N°6) où l'intérêt pour la qualité s'oublie : tant qu'on fait, c'est déjà ça et on s'en auto-satisfait...

I-8 Exemple institutionnel: contre-transfert à l'hôpital vis-à-vis des «indésirables » (de la rue)

L'hôpital appartient à la société qui le crée et de ce fait ne peut manquer de fonctionner sur le modèle de celle-ci. Les rejets comme les situations "que l'on aime" sont identiques au dedans de l'hôpital et dans la société en général.

Il n'y a très souvent qu'à l'hôpital qu'il est possible de demander recours[154].

Accueillir suppose un temps d'entrée, d'un dehors vers un dedans, une admission. Admettre suggère logiquement la reconnaissance : le fait d'admettre l'existence de l'autre se présentant. Admettre l'autre dans sa singularité, non pas seulement le faire entrer dans un service. Ceci s'ajoute à la démarche clinique, diagnostique et administrative. Dès ce premier contact établi, le soignant devrait prendre en compte psychiquement le patient, en fonction de sa souffrance, mais aussi de son identité, de qui il est.

Bien que les textes et nos principes égalitaires nous poussent vers des pratiques "normées", garantissant idéalement pour toute personne une même qualité d'accueil, il est bien évident sur le terrain que notre manière de prendre en compte autrui se détermine par différentes composantes internes et nous écarte parfois de ce but.

L'accueil est indissociable du soin. L'accueil, est déjà le soin et l'expérience de l'UMAPP se fonde sur ce principe. Si ce moment est raté, il y a fort à parier que la suite sera compromise, voire ne procurera rien. Pour tous les patients, "désirables" ou non.

Si on parle "d'indésirables", c'est qu'existe aussi symétriquement dans la même société une classe de sujets à laquelle on apprécie d'avoir affaire.

Si les *bons et mauvais malades* sont deux catégories virtuelles d'individus, implicites, elles n'en sont pas moins représentations précises et actives au niveau inconscient chez les soignants.

Toute société crée ses modèles, et ses critères de désirabilité, nous l'avons vu précédemment. Un individu « socialement désirable » est toujours un individu [155] à qui "profite", "sourit" le groupe. Tout va bien pour celui-là, son sort social est "normal" voire enviable. Chacun peut se reconnaître en lui, soit directement soit indirectement par

[154] Y compris pour des questions non techniques et purement médicales : la salle d'attente des urgences du CHU de Rouen tolère les SDF, surtout demandeurs d'asile, les nombreuses nuits où ils ne trouvent pas de solution via le 115. L'hôpital moderne, *contre son gré,* hérite de la notion d'accueil qui lui revenait très anciennement.

[155] Même atypique comme peut l'être un artiste parfois ou excessivement conventionnel.

l'imaginaire. L'individu "désirable" est un monsieur tout le monde qui est bien "adapté", pour qui on peut ressentir par proximité une empathie. Il ne dérange rien de ce que l'on est soi-même. Il a un physique, une apparence, des goûts qui vont avec ce qui est "bien" à une époque donnée, etc...

Les soignants comme tous les membres de la société à laquelle ils appartiennent ont appris à apprécier le « culturel positif » et à rejeter le négatif. Parmi les figures négatives, les individus indésirables, se trouvent les personnes mobilisant en nous une réaction défensive relativement standard (même si existent des nuances, des degrés...)[156].

Il est très possible que les "indésirables", partant de l'alcoolique (Le Vôt-Ifrah, 1981 ; Descombey, 1985) comme point de repère anthropologique pour notre raisonnement, soient repérés comme tels d'une part à cause de leur supposée possible dangerosité mais aussi du fait *qu'ils seraient les artisans de leur propre malheur.* Quoi de plus difficile à comprendre et admettre pour un soignant que quelqu'un qui semble ne rien vouloir entendre de ce que font les autres pour aller bien? Celui-là, par définition, attaque ce que nous croyons tous, comme cet adage de l'esprit sain dans un corps sain. Il risque aussi d'annuler les efforts que l'on va engager pour l'aider. Alors, à quoi bon ? Nous, soignants, sommes poussés à exclure par ces notions intériorisées, véhiculées par des adages justement : « qui a bu boira » n'aide guère à prendre au sérieux l'intempérant.

Cette question donc : Devenant soignants, que faisons-nous de ces stéréotypes, de ces préjugés? Car si l'on s'en tient à ces automatismes, malgré le serment d'Hippocrate pour les médecins et notre code de déontologie, notre éthique professionnelle, on repousse qui les déclenche : c'est appris, conditionné.

La série américaine *Urgences* nous rend spectateurs de nombre de scenarii intéressants pour notre propos. Les cas de conscience sont nombreux pour le docteur Green et ses collègues: au moment où "de la vraie médecine" arrive, on jette comme des malpropres les "indésirables", pour lesquels l'effort soignant donnerait des résultats plus aléatoires. Soigner un pervers qui vient de violer ou tenter quand même quelque chose pour sa victime pourtant condamnée à une mort certaine?...

Cette fiction, si proche de la réalité, montre à quel point nous ne pouvons-nous défaire, échapper, à nos intériorisations culturelles, à la morale, etc.

N'existent jamais de purs cliniciens, mais bel et bien des humains soignants, quel que soit leur talent en la matière, qui mènent leur action soignante en fonction du sens qu'ils pensent pouvoir lui donner et (principalement ?) lui donner socialement.

Existent des actes d'accueil et/ou de soin qui semblent "tout naturels" comme aborder "gentiment" un patient dit « compliant », qui demande clairement une aide, qui comprend bien ce qu'on peut lui apporter; sauver l'enfant, ...

[156] On apprend toujours aux enfants ce que sont les clochards. Dans la récente bande dessinée de Riad Sattouf, *L'arabe du futur. Une jeunesse au Moyen-Orient II,* page 130, l'enfant demande à sa grand-mère ce qu'est un clochard. La réponse est la suivante : « c'est quand t'as pas un sou pour vivre et que tu dors dans la rue. C'est ce qui peut arriver de pire à un humain ».

Il est d'importance de dire qu'il est des actes de soins obligatoires devant la loi, au risque de la non-assistance à personne en danger, mais répugnants pour la morale profonde et les préjugés. Les indésirables ne sont pas égaux entre eux et il semble que rien ne soit pire que d'aider un pervers sexuel (pédophile qui plus est) dans l'hyper modernité. L'aide aux "indésirables" peut ainsi venir comme une simple obligation (de plus en plus pour ne pas avoir à craindre une plainte peut-être). Elle se bornera alors au strict minimum, à l'injection ou autre acte technique, dépourvu de tout "accueil". Il n'y a rien ici dans la rencontre: elle est défensivement vide.

Pour être soignant avec des gens, des patients vus d'abord comme "indésirables", il est important de faire un travail de prise de conscience sur ce que sont nos catégories internes de pensée, dont ces stéréotypes: à quoi servent-ils? Peut-on s'en passer en milieu hospitalier, en certaines occasions?

Le stéréotype social nous offre une lecture du monde immédiate, simplifiée, dichotomique, en tout ou rien. *C'est certainement en ce sens que les enfants intériorisent d'abord le monde en "bon" ou "méchant", "bons" ou "mauvais" objets. Il amène aux "réflexes" de réaction sociale.*

Stéréotypes et préjugés bornent l'étranger et l'étrange, délimitent le connu et l'inconnu dont on se méfie. "Les étrangers qu'on préfère encore, c'est les étrangers d'couleur parce qu'on les repère de loin..." chante Charlélie Couture dans *Les pianistes d'ambiance*[157].

La clinique médicale, notamment elle, nous donne aussi une logique par laquelle on va mieux cerner _ et donc moins frileusement aborder _ certaines "étrangetés", physiques ou psychiques. Mais ces secondes logiques sont secondaires justement et récentes, n'étant apparues dans notre société qu'au XIXème[158].

Les lectures du fait humain que sont l'ethnologie, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, la psychanalyse ont un peu plus d'un siècle d'existence. Que sont-elles, elles aussi, face à des logiques que nous intériorisons depuis des siècles, comme nous l'avons vu avec André Gueslin plus haut? Elles s'y surajoutent, les nuancent mais ne les contrent que par leurs spécialistes en petit nombre, et à l'unique condition que nous soyons conscients de leur existence, que nous puissions les pointer en analysant nos propres conduites vis à vis d'elles.

Des lieux d'exercice tels l'UMAPP tendent à pousser vers une meilleure connaissance des sujets marginaux au sens social et psychiatrique, en travaillant avec cette notion de contre-transfert social/culturel. Lorsque ce matériel devient plus conscient, on rencontre autrement le sujet qui se réfugie dans ces façons d'être participant du repoussoir social. L'UMAPP joue un rôle de "passeur de mondes" [159] et pour une part tend à modifier l'image des "indésirables" à l'intérieur de l'hôpital (mais rien n'est jamais acquis, tout est à refaire en permanence). A l'inverse, le processus est assez identique

[157] Charlélie Couture, 1981, Album *Pochette Surprise,* Island Records.

[158] Voir sur ce point Michel Foucault *Naissance de la clinique,* 1975.

[159] Voir le documentaire sur cette équipe réalisé par Philippe Masse s'intitulant *Les passeurs de soins.*

vis à vis de l'interface avec le monde de l'aide sociale (on peut expliquer la psychiatrie, les folies, dans les foyers...).

Les "indésirables" de la rue ont, vis à vis des soignants notamment, cette particularité de ne rien demander, ce qui fait partie aussi pensons-nous de leur «indésirabilité»[160].

Tenir compte de ces réflexions, c'est penser que réellement *accueillir un "indésirable" va nous obliger à nous séparer de l'idée moyenne du cas général et va donner lieu en ce sens à un "effort*", peut-être abouti chez le soignant comme formation réactionnelle. Peut-être aussi que, par la prise de conscience de notre contre-attitude sociale, pourrons-nous faire chuter l'angoisse jusqu'à n'être en présence que d'un sujet en souffrance dont on pourrait mettre de côté ce qui le devançait de "non lui"?
L'"indésirable" attaque potentiellement les logiques habituelles de vie sociale, au sens aussi de la pulsion de vie, dans une société. A-t-on moyen de tenter de comprendre ce qui peut l'y mener? A-t-on moyen de l'accompagner malgré cela?

Accueillir sans rejeter ou condamner passe aussi par la mise en nuance de l'idée que nous avons concernant la guérison; elle devient singulièrement incertaine semble-t-il.
L'exclusion se soigne-t-elle ? L'errance vraie se soigne-t-elle ? Et soigner quelqu'un qui s'expose à ce point à la répétition des conduites à risque[161], quelqu'un qui s'expose aussi ouvertement, ostensiblement à la vie brève ?

Bien des efforts et prises de conscience seraient ainsi nécessaires pour accueillir ces personnes. Sans compter que socialement, dans le milieu des soignants eux-mêmes, qui va s'occuper de l'indésirable peut être vu ou désigné, comme par contagion/contamination, comme un "sous" praticien : sous-médecin, sous-infirmier, sous-psychologue…ne faisant pas vraiment du soin, comme un miséricordieux faisant la charité (une idée d'ailleurs devenue injurieuse ?).

L'identité sociale, professionnelle du soignant pourrait-être ainsi entachée par ce contact. Considérer ces attaques sous l'angle de leur résonance avec le préjugé permet de mieux les neutraliser. Un tel travail/effort par ailleurs a la vertu insoupçonnée de mieux cerner son propre rôle, sa propre action, voire sa propre personne. Il sera profitable dans l'accueil de toute population par l'ouverture qu'il augure (par nécessité).

L'effort à fournir est contre-nature _ contre-culture en réalité. C'est ce que nous appelons l'aide ou « l'effort non naturel »[162].

[160] Dans un colloque de l'ORSPERE en octobre 1997 à Bron (69) intitulé « Souffrance psychique, contexte social et exclusion », quelqu'un a proposé que S.D.F. (catégorie qui ne recoupe pas complètement celle des "'indésirables" proposée ici mais qui y tient une place de choix) soit conçu comme le sigle de "Sans Demande Facile".

[161] Il s'agit d'un point commun aux "indésirables": ils ne font pas attention à eux, et pourraient en ce sens être dépositaires de quelques difficultés narcissiques…

[162] Voir la partie II-7-2.

I-9 Réflexions à propos du traitement institutionnel de l'ambivalence et du négatif social dans une EMPP telle l'UMAPP

Les développements précédents apportent des éléments de connaissance sur notre façon, commune à tous, de réagir préalablement à une réflexion spécifique aux questions posées par la rencontre des gens semblant errer aux marges de notre monde social.

Il a été fait insistance sur les aspects stéréotypés et rejetants des contre-transferts mobilisés par les SDF globalement, que nous ne rencontrons jamais avec tant d'aisance (esquisse d'une « aide non naturelle », « d'effort non naturel »). Les personnes rencontrées obligent à un travail supplémentaire de parole, d'élaboration, d'échange, de partage, de pensée réflexive.

Le groupe professionnel employé au plus, comme à l'UMAPP[163], a cette utilité réflexive et d'ouverture à l'appréciation de chaque membre de l'équipe, quelle que soit sa profession, dans une dynamique d'échanges au plus déhiérarchisés.

L'ambivalence et le rejet sont cependant toujours des risques. Il est probable que nos efforts de conscientisation et de « contrôle » des attitudes d'origine contre transférentielle soient imparfaits, selon les cas et/ou dans le temps. Le fait de *favoriser le transfert des patients sur le groupe des soignants, sur l'institution UMAPP* plus que sur un seul d'entre nous, ou sur le seul thérapeute, prévient certainement une part importante de ce risque.

Malgré les patients lourds, bizarres, dérangeants parfois y étant rencontrés et soignés à longueur de temps, les arrêts maladie sont rares à l'UMAPP[164], l'implication professionnelles de tous très évidente et l'intérêt pour les questions posées par le travail, soutenu. La façon de travailler, de ne pas annuler les difficultés en les scotomisant mais au contraire en tentant au plus d'en comprendre quelque chose, pourrait être la clé de ce travail collectif. Il n'est pas différent de celui d'un travail de secteur ordinaire d'une certaine façon, mais les questionnements y étant traités sont plus spécifiques que ceux, généralistes, des CMP par exemple.

Cette première partie intéresse l'image de tous ceux qui, à la rue, sont considérés hâtivement comme des errants.

Nous poursuivrons le chemin de la découverte de ce que peut être l'errance, la vie sans but, dans la partie suivante en opérant, dans le grand groupe des SDF contemporains, à des distinctions cliniques.

[163] Voir Introduction Générale, partie V-4.
[164] Ce qui semble surprendre notre médecin du travail.

CHAPITRE II

SEMEIOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE COMPARATIVE PREALABLE A L'ISOLEMENT DE L'ERRANCE AUTHENTIQUE

« […] Pour la réduire (l'exclusion), au-delà de l'aide matérielle, du soutien social et du soin psychiatrique éventuel, il faudra recréer des liens avec ceux qui n'en sont pas a priori demandeurs, sans pour autant avoir « choisi » d'être exclus ».

Marie-Claire Célérier (2000)[165].

« D'abord, ne pas nuire ».
« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera ».

Deux des directives du Serment d'Hippocrate.

[165] Avant-propos, Revue Champ Psychosomatique, page 5, 2000, N°20, *Errance Exclusion*, Editions L'esprit du temps.

Introduction

Nous accédons avec ce second chapitre, après avoir donné des éléments sur ce que *représente* le vivre la rue, à l'abord des manières de vivre des personnes sans domicile en fonction de leur personnalité.

Notre choix a été d'exposer dans une première partie les cliniques dont il s'agit, puis dans une seconde, d'en venir après un essai phénoménologique, à confronter la notion d'errance à ce qu'elle n'est pas.

Dans un ensemble de conduites humaines sémiologiquement proches sur le terrain de la grande désocialisation, il nous revient de distinguer, de différencier pour atteindre la matière que nous visons, que nous nommons ici de façon égale errance authentique, errance interne, errance psychique.

A Première partie : les cliniques des « errances » manifestes dans le champ de la grande précarité[166]

II-1 Cliniques de la grande précarité et notions sur le vivre à la rue.

Les cliniques de la grande précarité sont multiples, complexes, étranges et questionnantes. Leurs tableaux sont comme scandaleusement apparents sur la scène sociale, dans la rue, en situation urbaine et génèrent des contre-attitudes qui nous feraient souvent les rejeter, les exclure, les stigmatiser. Elles nécessitent de prendre en compte plusieurs niveaux de réflexion pour être accessibles à une certaine compréhension. Certains (Jean Furtos, 2000) nomment cette spécificité *« clinique psycho-sociale ».*

Ces cliniques recoupent des troubles de la personnalité, des souffrances et folies individuelles diverses et de degrés différents notamment en ce qui concerne la qualité du rapport au réel. Si des failles psychopathologiques amènent parfois à la rue, d'autres logiques y poussent aussi: logiques culturelles reprises/incitées plus ou moins raidement par les politiques et leurs mises en œuvre administratives. Y poussent et y maintiennent de plus en plus peut-être, comparativement au début des années 2000?

Souffrances et folies peuvent mener à la rue; inversement, la vie à la rue produit et renforce folies et souffrances.

La vie à la rue, la grande exclusion, renforce souvent l'errance; l'errance favorise souvent la grande exclusion au sens où elle ne dirige pas l'individu concerné vers un but, le laissant socialement en plan.

[166] Dites aussi *errances actives* ou *comportementales*.

Ce chapitre se donne essentiellement un objectif descriptif : montrer (en les comparant entre eux) quels sont les profils psychologiques des personnes atterrissant au plus bas niveau de la vie sociale, jusqu'à l'extrême de « l'asphaltisatisation » le cas échéant, c'est-à-dire lorsque l'individu tend à se confondre avec le support sur lequel il ne semble plus vivre qu'allongé. L'asphaltisation de l'être est une conception du Docteur Sylvie Quesemand-Zucca (2007).

La rue

La rue est l'espace public par excellence, celui de la cité, non privatif où personne n'est chez soi et où à la fois, tout le monde est chez soi. De la rue, une partie nous intéresse plus directement : le trottoir, étudié par l'anthropologue Patrick Gaboriau (1995). La rue : lieu de circulation, d'échange, lieu bruyant qui est par essence un *lieu d'exposition au regard de l'autre*. Il suffit d'être dans la rue pour ne plus être seul d'une certaine façon, même si l'on peut bien sûr s'y sentir seul.

Avant tout la rue est lieu de passage, lieu où ordinairement on évolue momentanément, entre deux endroits.

De moins en moins la rue est gratuite, de plus en plus elle est anonyme, bornée, surveillée, policée, codée, intolérante. Elle est, délibérément, de moins en moins confortable pour ceux qui y résident (les bancs ne permettent plus si souvent de pouvoir s'y allonger).

Les SDF, ceux qui s'y trouvent durablement chaque jour et semblent n'y rien faire, rien comme des citoyens ordinaires en tous cas, tendraient à y apparaître de plus en plus comme des taches gênantes, des empêcheurs. On ne pose plus en photo à Paris à côté des clochards comme dans les années 60 ou 70[167] nous a fait remarquer très justement un collègue-ami-aîné, Jean-Noël Picq. Si dans la rue nous y passons, eux l'habitent, ce qui nous dérangerait de plus en plus en ne proposant qu'une aide insuffisante contre cela...

Leur existence peut sembler anachronique, comme une *régression historique*: ce serait moyenâgeux d'investir à ce point la rue, de faire du public un lieu privé, du trottoir sa chambre à coucher.

Il n'y a pas si longtemps, toute différence y menait directement pourtant, avec pour corollaire la mendicité (voir le chapitre II de cette thèse).

Lorsque communément on observe une personne à la rue, on infère sa pauvreté, sa marginalité. Etre à la rue pour l'opinion générale signerait que l'individu en question a perdu ou raté quelque chose. Dans ce sens, on envisage la vie à la rue comme une descente, un abîme, ce qui génère certainement chez chacun dans notre société un sentiment de vertige, peut-être d'autant plus fort que l'on se sent précaire d'ailleurs : les sondages désormais classiques sur « le sentiment de risque de précarité ressenti»

[167] Comportement à rapprocher de celui du quidam en début de 20ème siècle à Paris vis-à-vis des zoo humains, sujet très bien exposé au musée du *Quai Branly* sous le titre :«Exhibitions, l'invention du sauvage», 2011-2012 _ voire de l'exposition du monstre? Ou encore reconnaissance très spéciale de l'existence de cet « autre du dedans culturel » ?

montrent cela. Quand on ne voit plus de l'homme de la rue que son côté malchanceux, pauvre, perdu/perdant, on s'offre un écran préfabriqué mettant à distance sa singularité, son idiosyncrasie, sa personnalité, son être propre. Tel qu'il se réduit, nous le réduisons, proposition allant aussi à l'envers. On peut le plaindre, le prendre en pitié; on peut aussi l'utiliser comme lieu de projection: il est le « bon à rien » par excellence, total, abouti. Nous y avons insisté dans le précédent chapitre de ce travail.

II-1-1 L'intime de l'être dans le vivre à la rue[168]

L'intime serait, selon le dictionnaire Robert, « la part la plus profonde d'un être », la plus intérieure en quelque sorte. Substantifique part de l'être ?

Nous proposons d'aborder ce que serait cette quintessence chez des personnes très désocialisées de notre société telles que rencontrées avec l'équipe de l'UMAPP.

II-1-2 Essayer de considérer l'intime

L'humanité serait allée de déconvenue en déconvenue quant à sa place, d'abord supposée centrale, par les avancées de la science et des connaissances. Avec Copernic, on découvre que la terre n'est pas au centre de l'Univers, avec Charles Darwin, que l'homme n'est pas au centre de la création, avec Freud (1917 b) que nous ne sommes pas même maîtres en nous-mêmes. Citons-le[169] : « […] La recherche psychologique de nos jours se propose de montrer au *Moi* qu'il n'est seulement pas maître dans sa propre maison, qu'il en est réduit à se contenter de renseignements rares et fragmentaires sur ce qui se passe, en dehors de sa conscience, dans sa vie psychique»).

L'inconscient est en chacun et ce qui nous pousse à être, nos motivations, lui appartiennent pour une large part. Dans ce sens, l'intime de notre être émanerait en grande partie de ce « centre de soi » difficilement accessible.

L'intime conscient serait élargi chez l'analysé qui ne serait plus sans pouvoir approcher les remous de son monde interne chaotique, avec ses aspects pulsionnels (envie, violence, haine, toute puissance, …) au service d'Eros et de Thanatos. L'inconscient freudien serait une composante structurée identiquement pour tout psychisme humain, une donnée universelle, structurelle. Dans l'inconscient idiosyncrasique de l'homme, quelle que soit son origine, il y aurait toujours les mêmes dimensions (pulsionnelles) à l'œuvre, les mêmes tendances. L'intime (en soi, en chacun) n'est par contre évidemment pas universel : il dépend de l'histoire de chacun et chaque sujet est unique. Il est lié à l'identité de chacun, soutient le sujet en tant qu'être hautement

[168] Ces éléments ont été utilisés dans un article personnel (2015) intitulé « Jardin secret au jardin public. L'intime à la rue et le tact professionnel ».

[169] Freud S., *Introduction à la psychanalyse* (éd. 1976), Petite Bibliothèque Payot, page 266.

différencié. Chaque culture favoriserait plutôt le refoulement de telle ou telle pulsion, préconiserait tel ou tel type de conduite (Devereux, 1956).

L'intimité et la différenciation du Moi sont corollaires. La psychanalyse de l'enfant a montré l'aspect fondamental du « non » chez l'enfant comme initiation d'une pensée propre, malgré la socialisation. Le pouvoir de mentir (en abusant l'adulte potentiellement) serait, dans le développement de l'enfant, une autre étape dans la validation de son autonomie psychique et dans le sentiment de son identité propre.

Notre intimité accessible consciemment peut comporter ce que l'on préfère garder pour soi secrètement, éléments de toutes natures. Elle porte des parts de nous-mêmes dérangeantes, sources d'un sentiment de culpabilité (de soi à soi donc), honteuses, inavouables par la crainte d'un jugement négatif d'autrui : fantasmes, désirs... Parfois même, l'intime conscient est saturé de sentiments « auto-honteux ».

L'intime peut dans certains cas aussi relever de la perversion : il est alors au mieux contenu par la honte, pouvant se dévoiler par un passage à l'acte visant l'assouvissement pulsionnel (en même temps que l'impunité) … C'est du moins ce qu'autorise à penser la clinique psychologique et criminologique des passages à l'acte chez des agresseurs de structure perverse (Ciavaldini, 1999).

Existent certainement bien des variantes dans le contenu intime de la vie psychique de chacun.

Il est inégalement possible de supporter la confrontation à la solitude, c'est-à-dire aussi sa propre intimité, sa propre intériorité. *La capacité à être seul* (sans excessive souffrance), étudiée par Winnicott (1958, 2012), serait possible pour l'enfant à condition que ses intériorisations soient suffisantes : que son sentiment de sécurité interne (qui passe par la certitude du retour de la mère suffisamment bonne dans un délai supportable en fonction de l'âge et de la maturation psychique de l'enfant) soit affirmée ; qu'il puisse être actif, c'est-à-dire puiser dans ses ressources internes, pour contrer l'ennui, l'absence, pour la penser et la remplir.

L'intimité est supportable quand elle n'est pas source d'angoisse (primaire) excessive, quand elle ne confère pas au vide.

Certains sujets semblent pouvoir ne pas (ou ne pas tout à fait, pas pleinement) ressentir leur intimité. Ceux-là n'accèdent guère à leur vie intérieure et laissent penser aux cliniciens face à eux qu'ils ne mentaliseraient pas, ou insuffisamment, leur parcours, ne pouvant évoluer au mieux qu'en présence d'autrui, à la condition de ne pas être seul. Ces personnalités attendraient de l'extérieur, du regard de l'autre, l'assurance qu'ils n'ont pu suffisamment tirer de leurs liens primaires, dans une attente anaclitique. Comme dans la chanson d'Allain Leprest : *Donne-moi de mes nouvelles*[170]

[170] Paroles: Allain Leprest ; Musique: Nathalie Miravette (2005).

Pour nous, les sujets authentiquement errants sont ceux-là, ceux qui ne peuvent habiter leur vie, leur unicité et l'organiser en lui donnant sens.

L'exemple clinique encore très vif d'une femme, Cassandre, qui se montrait bien meilleure mère pour ses enfants lorsqu'elle *jouait*[171] ce rôle en présence d'autrui ; ses capacités maternantes et contenantes étaient parfaitement et dangereusement réduites en étant seule (contexte de négligence pathologique confinant à la psychose, ici psychose blanche ou sans délire).

Chez de tels individus, devenus adultes, *le rôle social* tend ainsi à valoir pour l'essentiel de leur identité, dimension très installée dans la clinique psychologique de l'alcoolisme par exemple (Descombey, 1985).

L'intime se partage-t-il ? Pour une part, oui, avec un « ami intime », un confident. Avec soi-même dans le cas des jeunes filles qui se livrent à elles-mêmes dans un journal intime. Ou pour le traiter, si besoin, avec un psychothérapeute.

Notons que c'est Hélène Deutsch, analyste ayant beaucoup travaillé sur la sexualité féminine (Deutsch, 1997 ; 2007), qui a insisté sur la fonction de la *confidence intime* dans le développement des adolescentes vers leur sexualité adulte. C'est elle aussi qui a inventé les personnalités *« as if », « comme si »,* formant la base des réflexions des personnalités en « faux-self » chez Winnicott ultérieurement.

II-1-3 Catégorisation schématique des personnalités à la rue

Pour la lisibilité de notre travail, nous avons recours à cette façon de procéder, imparfaite mais pratique, permettant un certain tri dans les types différents de personnalités que nous rencontrons via les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité.

Notre proposition correspond à une classification en termes de structures de personnalité, inscrivant notre réflexion dans une perspective structurale. Comme en population générale, tous les types de personnalités sont représentés, mais non dans les mêmes proportions qu'en situations sociales ordinaires, selon notre expérience sur ce terrain. Certains profils semblent plus sujets que d'autres à l'exposition dans la grande précarité (non domiciliée) et y sont surreprésentés.

Bien des chemins de mauvaise fortune mènent à la rue, transitoirement ou durablement, des fois tard, des fois tôt dans la vie[172].

Quelles personnalités à la rue, donc ?

_ Celles d'hommes et de femmes ne représentant pas du tout les grands exclus, ayant accédé à une existence ordinaire (a priori sans plaquage limite), relèvent de personnalités névrotiques. Confrontées à une combinatoire sociale/familiale/psychique difficile, ces personnes s'effondrent et se retrouvent, la

[171] Le terme n'est ici peut-être pas excessif, à prendre au pied de la lettre.

[172] Nous avons le sentiment d'un accroissement de la population jeune à la rue ces dernières années, ainsi que de celle constituée par des personnes retraitées et psychologiquement fragiles ou neurologiquement dégradées.

plupart du temps momentanément, dans une vie précarisée jusqu'à la rue, les foyers d'hébergement d'urgence, les lieux d'accueil de jour… Ceux-ci, pour peu que l'offre existe, sauront utiliser les aides sociales et psy pour s'extirper de leur mauvaise passe au mieux, au plus vite. Ils n'ont pas entamé leur possibilité de penser[173], de demander, d'accepter d'être aidés, ni excité excessivement leur masochisme et leur auto destructivité. On trouve ici quelques « accidentés de trajectoire » de chez nous mais aussi nombre d'étrangers fuyant leur pays et en attente d'hypothétiques titres de séjour et stabilisations, depuis peu sur le territoire national. Ces derniers, exilés, fuient leur pays pour de graves raisons la plupart du temps et peuvent souffrir de pathologies traumatiques liées aux persécutions réelles dont ils ont fait l'objet (Jan, 2006 ; 2013c).

_ Celles d'hommes et de femmes installés à la rue et dans les systèmes d'aides minimales, souvent bénéficiaires du RSA, présentant des personnalités narcissiques, de type limite ou y ressemblant, des parcours traumatiques majeurs depuis l'enfance. Leur vie a été marquée par les abandons, par la casse des premiers liens, les traumas et maltraitances intrafamiliales…

Pour cette population, certainement le plus gros contingent des personnes SDF, les problèmes d'alcool sont fréquents, allant s'aggravant avec le temps et la vie dehors. L'appétence toxicomane dépasse souvent l'usage simple de l'alcool. Quantité d'entre eux sont dangereusement en voie de clochardisation, en toute méconnaissance apparemment.

C'est dans ce groupe que nous pensons rencontrer les errants authentiques, redisons-le.

_ Celles d'hommes et de femmes présentant des pathologies mentales avérées, ayant été antérieurement diagnostiquées ou non, clochardisées, ayant « choisi » la rue comme mode de vie et tentant de vivre selon leur définition propre et délirante de l'existence.

II-1-4 Retour vers la question de l'intimité et de l'intime

Ce qui est commun à toute personne ainsi désocialisée, c'est la notion de *perte du minimum de repli possible, d'un habitat, d'une possible vie privée :* leur existence est désormais quasi constamment sous le regard des autres (sauf cas de construction d'un habitat, généralement éloigné ou « discret » : forêts, bords invisibles de fleuves,…).

La rue est par définition l'espace commun, pour tous, nous l'avons dit plus haut. Les foyers d'hébergement d'urgence sont quasiment toujours des lieux de mise à l'abri uniquement et fonctionnent sur le mode de la collectivité (chambrées à plusieurs, réfectoires, …). Les lieux d'accueil de jour sont eux aussi collectifs. Même si existent des possibilités de prise en compte individuelle, l'essentiel du temps passé par ces

[173] Même si la dépression, ou la survenue d'une crise, a pu les atteindre momentanément mais suffisamment pour faire chanceler leur système défensif.

usagers dans ces structures l'est *en présence des autres.* Ces autres, autour de soi, ne sont pas choisis. Du moins, la possibilité de choisir sa compagnie est tout à fait limitée, condition rendant le dévoilement consenti de parts intimes de soi d'autant moins probable.

L'intime est ici peu partageable, y compris hors de la question de personnalité sous-jacente.

II-1-5 Quels liens amicaux ?

La présence permanente d'autres qu'on ne connaît pas, guère ou pas vraiment, autour de soi *(ce ne sont pas des amis)* amènerait des effets de méfiance, un bouclage renforcé de l'intime sur lui-même, de fait. Entre amis, la confiance peut suggérer une possible non-divulgation au dehors, un respect confident des contenus évoqués. Là, aucune garantie, sauf avec les professionnels évoluant dans ce champ (travailleurs sociaux, professionnels de la psychologie et de la médecine).

Sur ce terrain, « l'autre comme soi », tout autant en errance apparente, passe son temps à le perdre dirait l'opinion générale, comme le laissent aussi penser Vladimir et Estragon *en attendant Godot* (Beckett, 1952). L'amitié ressemblerait ici à un partage de galère sans définition d'une stratégie d'aide pour tenter de la quitter.

Jean-Marie Roughol (2015) témoigne de sa vie à la rue et fait montre de liens camarades forts et pouvant se défaire aussi rapidement qu'ils ne s'étaient proposés. A ce niveau aussi existent des abandons, des arrêts sans explications, des ruptures brutales et sans parole, sans après-coup.

Reprenant nos « catégories de personnalités à la rue » énoncées plus haut, nous proposons la différenciation suivante :

_ Pour les personnes névrosées arrivant dans cet univers, la « privation du privé » est un choc. Y étant confrontées, elles vont utiliser leur capacité d'adaptation, leur pensée réflexive, supporter l'angoisse, elles pourront réaliser ce qui se passe pour elles et repérer les clefs existant pour s'en sortir au mieux et au plus vite : elles vont accepter les entretiens avec les travailleurs sociaux, s'appliqueront à suivre les démarches sociales obligées, les dossiers, etc… Leur maîtrise d'elles-mêmes ne les inclinent pas à s'inconduire; respectant les lieux, les gens, les protocoles, elles séjourneront le moins longtemps possible dans les lieux les plus mélangés (centres d'hébergement d'urgence) et trouveront dès que possible des lieux respectant leur intimité ou proposant plus de possibilité dans ce sens[174]. En d'autres termes, les névrosés en «perte de vitesse » arrivant-là n'ont pas renoncé à leur autonomie qu'ils souhaitent retrouver au plus tôt après l'épreuve du « sans ».

[174] Une chambre individuelle dans un collectif CHRS, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale pour commencer, avant le retour vers l'indépendance.

_ Pour les autres, il n'en va pas toujours comme cela. L'étude des parcours antérieurs aux pertes ayant conduit à la rue montre que ces hommes et femmes présentent des particularités telles que *précisément* l'autonomie n'a pas été leur orientation, que la collectivité (souvent fort peu affective) a pu être leur lot depuis très tôt[175].

Nous pensons là aux anciens enfants placés dans de multiples lieux institutionnels ou familles d'accueil, ayant trouvé « solution » dans une arrivée à l'âge adulte dans l'armée, la légion souvent. A la sortie de leur engagement militaire, les arrivées à la rue sont fréquentes, liées au cumul traumatique : les mal passés de l'enfance ajoutés aux traumatismes dans la vie exposée de soldat[176].

25% des sans abri aux Etats Unis seraient d'anciens militaires[177] : peut-être du fait d'une désorganisation suffisante de leur personnalité après l'exposition aux combats (avec l'enclenchement de ce que le DSM appelle le Post Traumatic Stress Desorder). Combien parmi eux, de plus, sont d'anciens enfants mal traités ayant cru trouver refuge dans l'armée ?

Nous avons parlé plus haut de vécus abandonniques qui axent plus sur la dépendance à autrui, sur une netteté moindre et difficile de la pensée réflexive, le recours aux toxiques qui diminue l'angoisse immédiate tout en réduisant la possibilité de rebond et de prise en conscience et en main de soi-même en cette situation.

Cette chute fait échos à d'autres, venant parfois sonner le glas de l'ère de leur pseudo adaptation. Ces sujets apparaissent comme « des hommes perdus », se regroupant autour d'une bouteille et se dégradant à grande vitesse. *Comparativement aux névrosés accidentellement en panne sur le plan social, ceux-là ne sont pas stratégiques.* Ils ne pensent pas à l'après mais à l'actuel : supporter l'actuel, qui devient sans la perception suffisante du temps qui passe, éternel recommencement.

Le groupe est là opportuniste, probablement jamais élaboratif ni aidant pour un essor du sujet.

Pour Valérie Colin (2002), les groupes de SDF ne fonctionneraient pas comme des groupes ordinaires. Ils ne permettraient pas au sujet, en tant qu'y appartenant, en tant que membre du groupe, la possibilité de transformer les contenus qu'il y dépose. Cette fonction symbolisante du groupe serait absente.

Nous retrouvons l'in-*capacité à être seul* (en référence à Winnicott, 2012), à réagir efficacement pour contrer le vide. La présence des autres autour d'eux, plutôt vide elle-même, semble permettre la survie. Le phénomène pourrait être comparé au spectacle du mouvement vu d'une fenêtre : on voit qu'il y a de la vie, ce qui rassure peut-être, on n'est pas seul à être là mais sans plus de consistance. Valérie Colin dans sa thèse mentionne cela également (2002, p. 623 et 639).

[175] Existent selon nous des formes de quasi hospitalisme opératoire chez certains.
[176] Voir le commentaire, dans notre introduction générale, partie II-3-7.
[177] Documentaire de Mathilde Pasinetti, Mathieu Birden, *USA : l'Armée des rues* (2013), déjà mentionné page 18.

La parole échangée ici est *sans intimité* : c'est, comme dans le discours des alcooliques non SDF : un « on » plus qu'un « je » se développe, une pensée stéréotypée loin du Moi et servant à ce dernier de paravent en faux-self, « as if », pseudo. *Il y a ici fuite de l'intimité.* Cette fuite est d'abord, chez ces sujets, adressée à eux-mêmes.

La sortie de ces mécanismes est difficile, surtout quand ils sont arrivés au plus bas.

L'intime, dimension déjà « limite » avant la rue pour cette catégorie de sujets, devient de moins en moins centrale. Ils viseraient précisément *à détruire cette part (douloureuse) en eux,* cette souffrance psychique faite de manques (vide primordial) et de catastrophes.

_ Chez les psychotiques à la rue, il en va autrement encore. Nous l'avons dit, il s'agit souvent de délirants actifs arrivés tels à la rue (ce n'est pas la rue qui les a rendus fous). La rue, les centres d'hébergement d'urgence, les accueils à bas seuil, sont encore, à peu près, les rares lieux où rien ne leur sera obligé, notamment pas de rencontrer un psy et de se soigner (sauf cas de force majeur : comportements tapageurs ou dangereux). Ces personnes vivent leur conviction délirante pleinement. Leur intimité n'est pas celle de sujets vides; elle n'est pas structurée non plus comme chez le sujet normal (qui sait, par exemple, que sa voix intérieure est bien la sienne): leur vie intime est parasitée en permanence par tout un système dans lequel ils font eux-mêmes questions et réponses, en boucle aliénée.

Terminons par la critique des romans s'approchant de la thématique. Nous rejoignons Patrick Declerck (1997) pour lequel nous tendons à prêter, à voir, dans les histoires des personnes désocialisées, des éléments de sujets ordinaires qui, la plupart du temps, sont éradiqués de longue date ou n'ont jamais existé. Aussi intéressant que soit l'ouvrage de Jean-Claude Izzo, *Le soleil des mourants (1997)* mettant en scène le destin de Rico, notamment après la mort de son double dans une station de métro, la manière de lier du personnage reste improbable pour un homme de dehors, aux yeux d'un clinicien averti.

II-1-6 L'intervention psy sur le temps de la rue : approche envisageable et visées

Notre description de la vie sans domicile est empreinte de la pensée de Patrick Declerck. Cependant, l'anomie dépeinte est peut-être moins forte que ce qu'en dit cet auteur, traitant à une époque légèrement antérieure (années 1980-90) d'une forme quasi « industrielle » de maniement de masse des SDF par « les bleus » puis dans le centre d'urgence de Nanterre.

Sur une ville comme Rouen, il n'en va pas ainsi. Le gigantisme de la région parisienne n'est pas comparable et nous pouvons penser que les liens de secours ici, en région, sont plus rapidement envisagés, les aidants entre eux plus liés et coordonnés, les personnes désocialisées moins anonymes et plus personnellement abordées.

Nous avons parlé jusqu'ici succinctement des professionnels du champ de la grande exclusion (animateurs, travailleurs sociaux, …) qui proposent un accompagnement aux personnes dont nous parlons[178]. Ils nouent avec elles des liens qui sont d'une autre nature en s'inquiétant de leurs revenus, de leurs démarches nécessaires (RMI, santé,…), en leur rendant de nombreux services de différents ordres, en ne les abandonnant pas purement et simplement à leur sort.

Les SDF qui fuient tout contact et ceux qui les acceptent ne sont pas tout à fait les mêmes, les seconds étant bien plus nombreux que les premiers. Existent aussi pour les premiers des approches dites de maraudes qui limitent l'auto-casse que certains « durs » de la rue se réservent.

Ces personnes SDF gravement précarisées sont malgré tout, malgré elles parfois, réceptives à la présence attentive des professionnels, les identifiant très clairement dans leur rôle, leur fonction, dans leur personnalité (préférant s'adresser à untel plus qu'à untel, y compris dans le refus). C'est affaire de sensibilité, de feeling, de rencontres, de hasard, de temps, de disposition et de disponibilité...

L'intime dans le champ de la grande précarité n'est peut-être accessible que lorsqu'il n'est pas directement recherché, c'est-à-dire quand le sujet peut repérer les intentions claires et positives de son « aidant » pour lui, la sincérité de son inquiétude et la valeur de sa réceptivité personnelle. De ce fait, la directivité d'entretiens qui iraient pile dans cette direction sans que les personnes concernées puissent jauger l'interlocuteur préalablement, dans un round d'observation plus ou moins long (des années parfois), n'apporte aucun effet intéressant pour le sujet.

Côtoyant quotidiennement ces usagers, les professionnels sont dépositaires de nombre d'observations les concernant: leur comportement surtout, mais aussi des moments d'échanges où, avec le temps, un peu plus d'intime peut apparaître, souvent sans réelle historisation du *récit de soi* chez les SDF de longue date : l'histoire est comme estompée, oubliée ou niée, évitée ou scotomisée.
Ces collègues du champ social repèrent, derrière les attitudes, les souffrances, des répétitions, etc… Se jouent avec eux des relations qui ont l'intérêt d'accéder, derrière les oripeaux, à « plus de personnel », à des confidences, à des souhaits (pour l'heure inaccessibles souvent), des inquiétudes, des souvenirs… Se joue sur eux un transfert favorable puisqu'ils deviennent dignes de confiance (voir notre introduction générale, partie V-5).

Le psy n'intervient qu'après et son intervention ne sera favorable qu'en lien avec un professionnel du social[179] déjà investi par l'usager, dans un « intime partagé ».

[178] Voir l'introduction générale du présent travail, partie V-5.
[179] On pourra se référer à un document officiel du Ministère de la Santé et des Solidarités DGS/DGAS, réalisé avec le concours de membres de l'UMAPP et du Carrefour des Solidarités dans les années 2000, réimprimé en 2007, intitulé *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* et consultable sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

Nous avons parlé plus haut d'un principe de *transfert de transfert* qui permet que le psy puisse bénéficier d'un a priori positif pour entrer en matière. Et entrer en matière doucement, en prenant du temps, en acceptant de modifier pour une part son cadre de travail. Nous avons évoqué antérieurement aussi les principes de ce que serait un travail d'accompagnement partenarial valide, fondé sur un secret professionnel partagé nécessaire et intelligent.

Il nous semble devoir insister sur le *tact nécessaire à ces abords*. Nous ne sommes jamais certains d'en avoir en vérité, mais nous pouvons toujours essayer d'entrer en contact avec égard vis-à-vis de personnalités fragiles, avec réassurance et respect. Ceci commence par le fait de ne jamais cacher notre identité professionnelle de «psys».

Pour le travail psy, outre cette prudence dans le début et le lien au travailleur social, l'important semble de respecter les défenses mises en place, de ne pas les bousculer de manière inopportune. L'intention serait de permettre que l'intimité puisse être *partageable mais donc et avant tout contenue*, en repérant outre les craquées de la vie, les catastrophes, les dimensions plus vivantes, en étudiant l'accessibilité au second degré, à l'humour par exemple[180], en considérant l'ensemble de la vie : la réalité concrète aussi, non uniquement celle de l'intrapsychique (la réalité psychique).

Ces rencontres peuvent être épisodiques, pas d'emblée posées dans une temporalité régulière que nos sujets ne pourraient pas honorer ni supporter dans un premier temps. Par contre, *chaque nouvelle rencontre est à concevoir*, nous l'avons mentionné vis-à-vis des jeunes en errance notamment (Jan, 2009b), *comme une « séance suivante »* : si le sujet ne se souvient plus ou plus très bien, il peut faire l'expérience que, de notre côté, nous n'avons pas oublié et nous lui proposerons encore une nouvelle fois, etc…

Où parler ? Là où c'est possible pour le sujet, dans des conditions qui permettent toutefois une confidentialité minimale. Ces personnes ne demandent rien, c'est à nous de leur proposer nos services, d'aller vers elles. Le banc public, le jardin public, l'arrière-cour du centre d'hébergement d'urgence, …? Pourquoi pas. Si possible _ mais ça ne l'est pas toujours _ il est intéressant après les débuts de proposer un lieu qui marque la démarche volontaire : que le sujet vienne, « comme tout le monde », dans le lieu de notre consultation et sur rendez-vous. Pour certains néanmoins, cette démarche doit être « comme à notre demande » et restera sur ce mode éventuellement. Est-ce grave si le sujet en tire bénéfice ?

[180] Voir à ce propos Olivier Douville, *Le clinicien et l'humour*, article en ligne sur le site de l'auteur. https://sites.google.com/site/olivierdouvilleofficiel/articles/le-clinicien-et-l-humour

Barthélémy

L'exemple de Barthélémy est instructif : on se croise dans un centre d'hébergement d'urgence depuis des années, il ne manque jamais de nous saluer, mais ne nous demande jamais de le rencontrer. C'est toujours nous qui continuons d'aller le voir, avec la même entrée en matière : « Barthélémy, vous avez 3 minutes ? » Il accepte toujours et prend la parole pour 50 minutes, acceptant de montrer les méandres de sa vie, ses questions, ses doutes… Que vise-t-il en acceptant nos « conversations », en nous acceptant comme interlocuteur en étant psychologue ? Il ne semble pas réellement avoir une intention dans ces moments de parole, qui se sont décidés sur l'indication initiale d'un travailleur social. Le changement ne semble pas être son but. Ce qu'il vise, nous semble-t-il, c'est son maintien, ne plus s'exposer comme par le passé (catastrophiquement) et parer à ses dangers (l'alcool, les colères), à ses impulsions qui, dit-il, ne sont plus les mêmes (il ne se met plus en colère pour rien, il accepte l'idée d'une angoisse en lui auparavant irrecevable, « ou alors t'es pas un homme »)… Dans ces rencontres, il admet avec rugosité de nous montrer de lui-même et ce faisant, de se montrer de lui à lui, dans des contradictions dont il ne peut faire seul la synthèse : être à la fois un être d'une totale fragilité, ayant eu une enfance souffrante, être un ex-militaire (non légionnaire dans son cas) pouvant aimer l'autorité souvent arbitraire exercée sur autrui ; être en alternance un solitaire sans alcool ne dormant pas et luttant avec ses démons mélancoliques en longeant les murs de la ville et les coursives du centre et un alcoolique agressant l'atmosphère de vie du foyer d'hébergement d'urgence… Etre deux contraires, avec l'alcool ou sans alcool…

L'intimité, c'est dans ce locus que nous aimons travailler après une formation orientée par la psychanalyse depuis l'Université. C'est dans son accès que nous existons, pouvons-nous penser. La clinique de la grande précarité nous fait particulièrement mériter cet accès, alors qu'il est donné d'emblée dans d'autres champs d'exercice[181]. Il est des cas où l'intime n'arrive pas, malgré des « promesses »[182]. Le sujet montre une part de sa souffrance, laisse entendre, et s'en va avant toute parole sur le phénomène! Declerck en 2002 parle en cela du *syndrome de de la stripteaseuse.* Laisser présager et rester indicible. Ces attitudes, pouvant être vues comme perverses, sont parfois difficiles à supporter pour le clinicien

Cette clinique est variée, difficile, nécessite que l'on puisse entre soignants (comme avec nos partenaires) la partager et tenter d'en comprendre quelque chose. D'en comprendre l'humain toujours, le ressort parfois.

Le destin de l'intime peut être celui d'une élaboration. Même imparfait, même minime, ce type de travail permet un peu plus de conscience de soi, de différenciation, d'ouverture à la vie, à la compréhension, à la tolérance, au lien entre l'avant et l'après,

[181] Quand les patients viennent demander une thérapie clairement et en étant informés préalablement sur ce dont il retourne. Voir Jan, 2008 http://www.rrapp.fr/page.php?28

[182] Les « stripteaseuses » ou « syndrome de la stripteaseuse » dont parle Declerck (2002).

etc… L'intérêt de pouvoir partager un minimum d'intimité réside dans le fait de pouvoir mieux se connaître, de se focaliser plus que d'ordinaire sur soi au travers de l'écoute de l'autre. Le SDF n'est jamais « qu'un SDF » : c'est un homme, unique, comme tous les autres, qui, nous l'avons vu, tend parfois excessivement (et toujours défensivement) à s'abstraire de lui-même et, se faisant, à se dé-différencier pour n'être plus lui, pour se fondre dans une image voire un modèle négatif, anti-modèle social. Mettre l'accent sur l'intimité, c'est tenter de lutter contre cet oubli de soi, tenter de restaurer le sujet ou *du sujet*… lorsque c'est possible.

Commentaire

Outre l'enrichissement clinique pour les psychologues[183] et la satisfaction de quelques avancées sensibles pour certains par l'effet de leurs prises en charges (moins de destruction, plus de liens), une nouveauté pour les équipes EMPP était l'exploration commune, sans hiérarchie des savoirs: dans un tel contexte, ce n'est pas le discours du plus diplômé qui l'emporte (pour un effet soignant souvent peu probant) mais l'effet d'ensemble (Jan, 2001b). La psy n'est plus le centre du monde (ni le psychiatre, ni le psychologue), simplement une composante utile avec d'autres pour améliorer le sort des personnes que nous rencontrons.

Cette expérience nous a imposé de considérer l'autre avec les autres, à utiliser nos références (psychanalytiques surtout) comme un substrat primordial à la fois inapplicable en tant que technique avec cette population et fondamental pour pouvoir penser (avec les collègues du social) leur situation et leurs répétitions, tout en essayant de dégager les modes d'être les plus constructifs, les plus vivants. Les connaissances psychopathologiques, psychanalytiques… redonnent éclaircissement et patience à nos collègues travailleurs sociaux qui, attendant parfois l'impossible, ne se rendent parfois simplement plus compte que si Monsieur X est toujours en vie, c'est grâce à eux…

II-1-7 Le refus de soins en contexte de grande exclusion

Le refus de soins est évidemment une question complexe dans le champ de la psychiatrie en contexte de grande précarité et d'exclusion sociale.

Tout domaine comporte certainement sa part d'ombre, son « non avoué », son négatif malgré les « bonnes volontés et bonnes intentions » _ soulignons ces notions _ de ceux qui l'animent. Il en irait particulièrement ainsi du soin en général et peut-être du soin « psy » de façon singulière. Pour quelques raisons certainement.

[183] Conseil, Jan, 2003. Travailler non seulement avec la réalité psychique mais avec la réalité observable du patient _ observable par soi, par les collègues : cette composante est commune à d'autres situations de travail des psychologues, hospitaliers notamment, confrontés au réel dans les services hospitaliers, sociaux...

Nous pouvons être attachés à la possibilité du refus, au « non », redevables en cela à certains psychanalystes, à Winnicott notamment. Car nul ne peut ignorer après eux que la phase d'opposition du très jeune enfant à son environnement (primaire) est l'une des manifestations de sa construction identitaire, de son affirmation face aux autres et à leurs désirs, de sa vie psychique autonome : il n'est plus dans le mimétisme et le dit avec ce mot, l'un des premiers de son lexique. Qu'est-ce que l'enfant refuse ainsi ? D'être petit, son immaturité fonctionnelle, il n'est pas d'accord avec la limitation de sa toute puissance et tente de montrer son insoumission fondamentale. *Le « non » irait certainement aussi avec l'expression narcissique de l'être et son désir de ne pas être agi.*

Le destin normal du « non » serait celui de la névrose : on y renonce sans y renoncer tout à fait, on l'utilise dans des formes acceptables et si possible constructives voire sublimées. L'artiste, le créateur dit non de façon socialement valorisée en laissant sa patte, son empreinte. Comme le disait Boris Vian, « l'important ce n'est pas de faire, c'est de faire autrement ». On retrouve l'aspiration à l'unicité, à la démarque, à la distinction.

Dire « oui » paraîtrait, après ça, un peu étriqué? Le « oui » viendrait comme l'expression de la socialisation, de l'adhésion au consensus plus directement que le « non ».

Revenant au refus de soin dans notre champ: quelles en sont les composantes générales ?

II-1-8 Le refus de soin disséqué

Il faut d'abord savoir qui dit non, à quoi et dans quel monde. Qui est « le refuseur » (permettons-nous ce néologisme), à quoi dit-il non et dans quel groupe humain l'action se déroule-t-elle? De manière logique et hors de toute réflexion psychopathologique, il est toujours au moins possible de répondre à une proposition par oui ou non, dans une logique aristotélicienne. Le refus ne pourrait *logiquement* pas ne pas exister. Mais rappelons quelques considérations tout aussi basiques que les précédentes : on ne peut refuser que dans un contexte qui accepte le refus… Dans un univers totalitaire, refuser signifie se risquer, voire périr à tout coup. Ainsi, le refus ne peut être accepté que dans un contenant le reconnaissant comme valide, possible, le posant comme envisageable sinon respectable.

Savoir qui dit non, à quoi et où. Il est des domaines où le refus à une offre semble ahurissant, renvoyant à l'idée commune de la folie dans la société en question: « il faut être fou » pour dire non (par exemple : gagner au loto et ne pas aller chercher l'enveloppe ?). Le « non » signerait la folie dans bien d'autres circonstances : refuser de se faire soigner pourrait, là toujours pour le commun, être facilement considéré comme cela (« surtout avec les progrès de la science…»).

Allons plus loin en employant ce nouvel exemple, dans le champ de la santé:

Admettons que la science par ses avancées puisse à 100% soigner l'épaule démise, c'est-à-dire la remettre de telle manière que la guérison soit totale. Il faudrait « être fou» pour ne pas s'adresser à elle et rester ad vitam avec un handicap. Ce refus, on ne le comprendrait guère.

Prenons maintenant le cas de la schizophrénie. Malgré le progrès, l'asile, la psychanalyse depuis Freud, les Thérapies Cognitives et Comportementales, les neuroleptiques devenus antipsychotiques… *on ne guérit pas la schizophrénie* (Jan, 2004). Pas vraiment. Cette incapacité à guérir la psychose est connue dans l'opinion générale.

De sorte que l'on serait plus fou à ne pas aller se faire soigner l'épaule que la schizophrénie puisque le risque de ne pas sortir guéri (c'est-à-dire recouvrir l'état de bien-être propre à la santé) de cette seconde entreprise est bien plus grand que pour l'articulation. Il serait logique que le refus soit d'autant plus acceptable que le modèle de soins proposé est moins probant.

Mais qui va accréditer la parole d'un fou ? Le déraisonnable ne peut-il donc jamais avoir raison ?

II-1-9 Vers une redéfinition du soin psychique ?

Le soin de la folie, qu'est-ce alors à dire? D'abord, une définition du soin psychique est à trouver, en termes nuancés si possibles et suffisamment ouverte. La proposition suivante pourrait y prétendre : *le soin psychique est l'ensemble des opérations réalisées au profit d'une personne présentant une plainte et/ou manifestant un état de souffrance psychologique et qui serait susceptible d'être améliorée par celui-ci.*

En suivant notre raisonnement, en lien aux parties précédentes de cette thèse, il y aurait globalement des individus pour lesquels la plainte serait possible (les névrosés freudiens) et les autres qui, selon le regard de la société, présentent des troubles sans nécessairement le savoir ou s'en plaindre (on voit poindre les psychoses), ou qui font d'un coup tant de bruit que... On retrouve la distinction raisonnables versus déraisonnables.

On trouve aussi, dans cette « définition » que nous posons, le soin comme un ensemble d'opérations, actions et actes de paroles et ou de silence tel que nous le concevons, et qu'il viserait une amélioration d'état, non nécessairement une guérison. Le soin serait régi pas l'intention d'améliorer, *non par le fantasme absolu de sauver.*

Il faudrait rajouter que le soin est affaire de relations, de liens incarnés.

A une époque donnée, dans un monde donné, le soin officiel est un ensemble d'opérations prévu dans la société pour parer aux types de désordres dont il est question et pour se parer d'eux. Ceci vaudrait pour toute société. Il s'agit, même s'il peut évoluer, d'un système préétabli, qui préexiste aux troubles du sujet. C'est la voie, le chemin qui a été trouvé à un moment donné par cette société à cet effet.

Le fou, hors contexte de précise psychopathologie, serait celui qui, par son comportement, sa pensée, ré- invente en son nom propre et au mépris de l'existant (sociétal) le sens des choses[184]. Le fou, par son attitude, par son contenu de pensée, remet radicalement en question l'ordre du monde édit par la société. Il tendrait fortement à ne pas prendre autrui en considération. Et la société tendrait (encore), inversement, à agir de même avec lui…

Le fou a été considéré comme incapable de jugement valide pendant longtemps. Déraisonnable, il ne pouvait avoir raison. Le refus de soins d'un fou n'était a priori pas plus recevable que tout autre propos émanant de lui, l'aliéné, l'insensé. La loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 d'ailleurs, ne permettait pas l'hospitalisation libre par exemple! Un patient ne pouvait être admis en établissement que par le truchement d'un placement: la parole du fou était donc strictement, semble-t-il, dépourvue d'intérêt. On ne laissait aux malades aucune latitude, la manière de faire le « soin » passant strictement par la contrainte. Le placement libre n'existerait que depuis les années 1920.

II-1-10 Examen du « refuseur » de soins

Le « refuseur » des soins qui est-il ? A quoi dit-il non ? Où s'oppose-t-il ? Le « refuseur» dit non dans un contexte anthropologique, sociétal et historique évidemment. Le psychotique français du milieu XIXème siècle pouvait s'opposer tant qu'il voulait, on faisait fi de son refus et il arrivait derrière les murs, dans une baignoire à tablier de plomb… Soins dans/par/la contention, la contrainte et le choc[185]. Aujourd'hui, *même un psychotique*[186] a moyen d'être écouté quand il refuse les soins lui étant proposés. Du moins dans certaines conditions, puisque le législateur a prévu de conserver les «placements » en certaines circonstances de dangerosité spécifique de l'état clinique du patient : placement d'office (P.O.) et Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (H.D.T.). Qui sont ces candidats aux P.O. et H.D.T. psychopathologiquement?[187] Pour dire vite, des psychotiques, des mélancoliques, mais aussi des états de crises ou d'agitation survenant dans des temps de forte tension chez des personnalités potentiellement ordinaires, …

Le refus de soins amène souvent le déclenchement de l'hospitalisation par un tiers. Parfois trop facilement, trop lestement. Il semble devenu banal d'ainsi faire en services d'urgences[188], pour « faciliter les choses » et pour éviter le risque (professionnel et juridique). Peut-être que cela permet au praticien (en cas de H.D.T. Urgent) de passer rapidement à autre chose. Mais qu'est-ce que cela amène au patient? Nous sommes nombreux dans les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité à avoir observé le non accès

[184] Cours de Michel Audisio, 1986, 1987, 1988, Faculté de Psychologie, Université de Rouen.
[185] Voir à ce sujet la thèse de doctorat d'Alain Létuvé (1987). *Les dispositifs psychothérapiques à médiation corporelle. La question de la régression*, sous la direction de Max Pagès, Université Paris VII.
[186] Quelle formule…
[187] Ces désignations ont été modifiées ces dernières années.
[188] Le fameux HDTU, U pour Urgent.

authentique aux soins du fait de cette entrée, la moins bonne peut-être, bien que rien ne soit toujours si tranché…

Le H.D.T. « abusif » ne pourrait-il pas être envisagé comme *refus de soin du soignant* qui, en composant promptement une entrée passerait à côté de son art, qui compte, ou comptait il y a encore peu, sur la patience, la persuasion, la négociation, l'entêtement des fois[189], … Toutes ces choses sont primordiales, renvoyant au patient l'humanité de l'autre, du thérapeute et sa ferveur à souhaiter quelque chose pour lui en évitant l'usage de la force.

Nous évoquions plus haut «bonne volonté et bonnes intentions» soignantes qui, jusque-là étaient organisatrices du soin. Notons que la part créatrice dans ce domaine tend à s'estomper au profit de la lisible et quantifiable standardisation protocolisée.

La Bonne Volonté Soignante est à interroger dans ses racines inconscientes, tant collectivement qu'individuellement. Prétendre aider comporte l'idée, agressive pour une part, de souhaiter exercer un ascendant sur l'autre, l'idée d'un guidage de type : « Je sais ce qui est bon pour vous ». Nous voyons là que la notion de pouvoir est au cœur du soin, plutôt inconsciente généralement. Son représentant (médecin, infirmier, psychologue, tout professionnel de santé) peut possiblement en venir à une position de force en son nom, à une position péremptoire ne permettant alors l'accès à son art qu'aux compliants-observants-raisonnables… ou aux « obligés ». Il en va ainsi certainement quelle que soit l'obédience du praticien du soin, quel que soit le modèle qu'il applique : l'absence de distance vis-à-vis de son propre exercice peut s'avérer dévastateur.

La Bonne Volonté Soignante peut être infiltrée de pulsions négatives *en excès* : certains ont joué, leur vie durant, leur sadisme dans leur (beau) métier au nom de la science… Cette dimension, peu ou prou nous intéresse tous et devrait être interrogeable notamment en équipes. Le soin ne doit pas faire plus de mal que de bien, c'est inscrit depuis Hippocrate[190]. Conscients du fait que le bien n'est pas immanent de l'acte, tachons de garder vigilance sur nous-mêmes…

II-1-11 Questions à partir des EMPP sur le soin psy et le refus de soin dans la grande précarité

Venons-en au refus de soins dans le contexte de la grande précarité. Ces questions se posent, ici plus qu'ailleurs:

_ L'absence de demande équivaut-elle toujours à un refus ?

_ Le travail avec des publics gravement précarisés amènerait peut-être une plus grande tolérance, une « meilleure connaissance des angoisses », une acceptation de l'esquive du soin et des défenses du sujet par le patient tout en maintenant un lien de

[189] Il faut croire en son idée pour être soignant.
[190] Que nous citons en première page de ce chapitre ainsi qu'en pages 121, 128 et 142.

« toile de fond ». Etre là, connu, permettrait pour certains des « effets de soins » (Martin, 2011).

_ Nous œuvrons souvent dans les EMPP pour des patients désocialisés chroniquement installés dans un certain état, ne justifiant pas facilement d'une mesure en urgence (après des années, voire des dizaines d'années d'organisation au dehors et en marge). L'installation à la rue est devenue mode de vie pour ceux-là, devenue banale pour eux-mêmes peut-être. Il nous faut être attentifs: que ces vies marginales, nous ne les banalisions pas nous-mêmes malgré le fait que, nous y confrontant au quotidien, elles pourraient risquer de nous apparaître défensivement à nous aussi comme, après tout, acceptables…

_ Se proposer personnellement comme vecteur de découverte des soins, aller au-devant de l'usager, favoriserait l'acceptation chez l'autre. Est-ce du « forçage » ? Jusqu'où « prêter son désir » ?

_ Qu'apporte *aux soignants* le « travail en contexte » sur les lieux d'hébergements, dans la rue [191]? Travailler autrement sans jamais oublier d'où l'on est, quelle est sa mission. Quelle reconnaissance par les usagers pour les soignants qui s'y investissent?

_ Définir le travail en partenariat selon les principes qui nous semblent devoir y présider[192] : voir ce qu'il est censé permettre, analyser ses limites. Ce type de travail à plusieurs ferait reculer le refus, ôte l'image péremptoire du soin psy par la discussion à trois personnes (Martin, 2011). Le fait d'apprendre à travailler avec le temps, avec le lieu, le fait d'apprendre le respect du refus.

_ Considérer ce que le « vivre à la rue » permet de savoir et de questionner sur le fonctionnement du psychisme humain.

_ Qu'enseigne le refus de soins des psychotiques à la rue, y compris pour les patients non précarisés ?

_ Que dire de notre position de refus de signer les placements à l'UMAPP : sommes-nous une équipe dépourvue de courage ? Lorsque des cas se présentent, nous laissons œuvrer les autres, parfois en leur suggérant la démarche.

II-2 Les habitants les plus voyants de la rue : les clochards[193]

Un clochard, qu'est-ce que c'est ? Nous restons fidèles à la méthodologie du dictionnaire populaire, au Larousse illustré (1982) en premier lieu pour donner ces définitions : un clochard serait « une personne qui vit d'expédients ou de mendicité et

[191] « Ce que le travail auprès des exclus a changé pour nous », Conseil I., Jan O., 2003.
[192] Voir notre introduction générale, partie V-5 sur les principes actifs pour l'application d'un travail partenarial authentique.
[193] Voir aussi dans cette thèse la partie II-3-4 de notre introduction générale intitulée **Le clochard**, en tant que figure emblématique de l'errance dans notre culture. Egalement, dans la partie I-6, se référer à l'image standard de l'errant urbain clochard dans une chanson contemporaine de Claude Nougaro. Enfin, la partie II-2-1 succédant : Les clochards non psychotiques.

qui n'a pas de domicile ». Clochardiser serait « réduire (l'existence) aux conditions de vie les plus misérables ».

Le Larousse en ligne, en janvier 2015, propose : « personne sans domicile, vivant misérablement, en marge de la société ». Nous voyons que peut-être, *l'aspect marginal* est maintenant plus qu'avant souligné (il est peut-être devenu plus anormal/stigmatisant d'être clochard en 2015 qu'en 1982, il y a 33 ans ?). Par ailleurs, s'adjoint ce supplément familier: personne habillée de façon misérable[194]

Le terme clochard serait devenu courant vers le temps de « […] la seconde industrialisation et de l'affirmation du phénomène urbain vers 1930 » (Gueslin, 2013, p. 11), advenu à la fin du XIXème, signifiant étymologiquement une personne avançant à cloche-pied, notion dont l'historien relève « […] la métaphore fondée sur la pseudo-faiblesse». Le mot clochard aurait fait recette dans l'entre-deux guerre parallèlement à l'atténuation du terme vagabond. La notion serait restée stable jusque dans les années 1970 apprend-on.

Complément sur le *terme* clochard

Le terme clochard, selon des données internet issues du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales[195], pourrait provenir de deux voire trois sources.

_ Clochard serait issu du verbe « clocher » provenant du latin « cloppus » signifiant « boîter ». Au figuré, le clochard serait ainsi celui qui va de travers, qui ne va pas droit (IE c'est un être anormal, marginal, biscornu).
« Etre de la cloche », au XIXème siècle, signifiait appartenir au groupe des sans-logis.

La « cloche » ne s'utilise plus guère dans le français actuel que dans l'expression cloche-pied.
Le mot "clochard" au XIXème siècle signifiait "qui boitille". Le verbe clocher vient du mot latin "cloppus" qui signifie "boîteux". "Clocher" signifie donc "boîter". Le terme pris au sens figuré porte toutes les images peu valorisantes qui sont associées au clochard: marginal, qui va de travers, ne marche pas très droit, qui a un défaut,... *Etre de la Cloche* signifiait faire partie du peuple des Sans-abris.

_ L'origine du mot clochard remonte au temps où l'on faisait appel à des mendiants pour sonner les cloches, moyennant rétribution soit financière soit en l'accueillant et le nourrissant.

_ Existerait selon cette même source d'informations, une autre hypothèse. Aux Halles

[194] Vocable très utilisé entre eux par les pré-adolescents et les adolescents selon notre expérience des transports en commun !

[195] (http://ca-m-interesse.over-blog.com/article-d-ou-vient-le-mot-clochard-52224113.html

(Paris) une cloche tintait pour annoncer début et fin de marchés. C'est à cette deuxième cloche qu'il devenait possible de récupérer les invendus.

Les auteurs ajoutent un commentaire : le terme clochard serait de moins en moins utilisé parce que trop négativement connoté. « On parle de sans abri et de SDF, même si les termes n'ont pas exactement la même signification ».

Il nous semble que l'ouvrage de Patrick Declerck, *Les naufragés* (2001), aie quelque peu réhabilité le vocable clochard désignant bien les plus désocialisés des SDF.

II-2-1 Les Clochards non psychotiques

Le plus gros «contingent » des installés à la rue correspond à ceux que nous appelons les clochards. Décrits par Patrick Declerck, ces «sujets vides »[196] vivraient leur existence sans pouvoir compter sur quelque solidité psychique et se condamneraient (malgré eux) à subir leurs carences infantiles, leur abandonnisme, avec une accentuation de leur entropie par l'exposition itérative à l'alcool, à la violence, au froid, etc... Pour cet auteur, le clochard serait dépositaire d'un être interne inconsistant, d'un Moi sans force. "Fous de l'exclusion", ces hommes le sont par masochisme, par alcoolisme, par l'inscription sans lutte dans des systèmes d'échanges renforçant toujours plus leur casse, leur déglingue.

Il existe des clochards psychotiques et non psychotiques : ce dernier cas est celui de la grande majorité d'entre eux[197] .

Hors de l'alcool, au matin, en visite médicale, Patrick Declerck ne relève chez eux presque que des discours ordinaires, « extraordinairement ordinaires » en fait, au point de ne plus se définir que "comme tout le monde", dans le déni de leur propre unicité psychique et de leur état. Ils ne délirent pas, ils ne sont pas "fous" au sens de la psychose dans la plupart des observations de cet auteur.

Les clochards seraient des individus en fuite d'eux-mêmes, de leur intériorité. Ils gomment leur individualité de façon parfois très évidente: leur identité ne compte plus, nom et prénom sont troqués contre des sobriquets. Les liens existant entre eux comportent une part importante d'opportunisme (autour de l'alcool surtout). Il s'agit d'un compagnonnage "de galérien" plus ou moins fort, bien décrit par Gaboriau (1993) dans le XVIème arrondissement de Paris, où les liens se font et se défont sans réellement modifier les trajectoires.

Jean Furtos a proposé un explicatif à la déglingue du clochard, sans préciser le type de personnalité antérieure de l'individu en question, qu'il a appelé le « syndrome d'auto-exclusion ».

---

[196] « A la rencontre de sujets vides ? » Conférence de P. Declerck le 23 octobre 1997, Actes du colloque national de l'ORSPERE intitulé *: Souffrance psychique, contexte social et exclusion,* pages 107 à 111.

[197] Les statistiques, nous l'avons déjà mentionné en introduction, considèrent que 30% des gens à la rue relèveraient de la maladie mentale, voir Mercuel 2012, *Souffrance psychique des sans-abris. Vivre ou survivre*, Odile Jacob.

II-2-2 Le syndrome d'auto-exclusion de Jean Furtos

Pour Jean Furtos, travaillant dans le champ limite de la clinique psycho-sociale, le syndrome d'auto-exclusion représenterait l'opposé absolu de la suffisamment bonne santé mentale, reviendrait « au sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité, laquelle s'inscrit dans un groupe social ou sociétal »[198].

Il s'agirait ici d'une modalité défensive massive amenant à ne plus se sentir souffrir, à ne plus se sentir dans la continuité de son être. […] « tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité psychique pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir ni la penser, transformant ainsi le subir en agir » (Furtos, 2008, p. 119).

Le sujet est exclu, c'est-à-dire étymologiquement « enfermé dehors » rappelle Furtos. Sur le plan social, il n'est plus dans la recherche normale d'un travail, d'un logement, d'une inscription dans la culture, dans la citoyenneté… Sur le plan psychique, son sentiment d'exclusion prend le pas et en même temps s'abstrait en quelque sorte de sa conscience.

Ce syndrome se déclencherait, s'initierait par une « perte de courage ». Le sentiment de pouvoir agir sur le présent et le futur s'estompe. Cette dynamique peut aller jusqu'au renoncement, jusqu'au désespoir absolu qui ne s'exprime plus en mots. *La logique vitale deviendrait alors logique de survie ?* Ce n'est plus le principe de réalité qui prime, avec son corollaire le principe du plaisir différé), indexée au-delà du principe de réalité.

Il y a renoncement en toute chose, ce qui déroute les interlocuteurs: n'ayant plus de réalisations, il n'y a plus de déception. Furtos note bien que le discours reste « dans un idéal normatif ». Il y aurait désubjectivation et clivage du Moi, avec un déni (déconnexion de la pensée et du sensoriel) et impossible considération psychologique d'un facteur venant affecter le corps.

Le sujet « sort » aussi de son corps : c'est « la déshabitation de soi » ou « disparition de soi ». La disparition du sujet pour autant ne serait jamais totale puisque la manière d'en venir à cela l'exprime encore.

Furtos indique bien que nous serions là dans « […] un clivage de nature traumatique, d'une horreur qui ne peut être représentée. La plus grande horreur pour un humain, la plate-forme traumatique commune, c'est de ne pas être reconnu et respecté comme un humain par les humains de son groupe d'appartenance ; et, cela, que le traumatisme manifeste soit un viol, la perte de son emploi, une série de microtraumatismes d'apparence bénigne, de violence d'état ou interethnique » (Op. Cit. p. 120).

La déshabitation de soi comporte plusieurs signes cliniques : l'hypoesthésie corporelle, l'émoussement des affects ou, à l'envers, l'apparition d'une hypomanie, l'inhibition intellectuelle.

[198] J. Furtos, « Le syndrome d'auto-exclusion », in *Les cliniques de la précarité*, 2008, ELSEVIER-MASSON, page 119.

Avec cette « disparition de soi », le sujet va développer des défenses paradoxales (qui ne sont pas de simples contradictions logiques), qui viendraient limiter les effets du déni et du clivage : avec les sujets en étant porteurs, les intervenants seraient dans «la logique d'un monde à l'envers » où l'objectif ne viendrait que dans une diminution des risques et non dans un retour vers une dynamique optimiste. Dans ce registre, le concepteur consigne notamment la non-demande, la réaction thérapeutique négative, l'errance (« cette manière de fuir le lien tout en le conservant à la conscience : être proche d'un proche, voilà le paradoxe ») et l'incurie, l'abolition de la vergogne, qui n'est pas la honte par humiliation, la mauvaise honte pour l'auteur, mais bien la « bonne honte »[199] : cette dimension éradiquée, l'individu n'aurait plus honte, donc, de montrer sa déchéance.

En le suivant toujours, pourraient se produire des « retours du sujet disparu » : toujours paroxystiques, dans des situations d'urgence, sociale, psychiatrique ou somatique. Le sujet pourrait aussi refaire surface…«dans l'autre» : il reviendrait dans le malaise des professionnels, appelé « souffrance portée » (Colin, 2005).

II-2-3 Les clochards psychotiques semblant avoir « choisi » la rue comme mode de vie

Les psychotiques apparaissent, plus à la rue qu'à l'hôpital psychiatrique, lieu désigné de la singularité par excellence, selon une étrangeté marquée, souvent très angoissante, apte à désarçonner plus que tout autre public les professionnels du champ social. Ils sont aptes aussi à mettre en échec la plupart des tentatives d'aide, ce qui renforce les sentiments d'impuissance.

Qu'est-ce qu'un sujet psychotique ? Il s'agit d'une personne pour laquelle existe une perte ou un « refus » du sens de la réalité au profit d'une interprétation purement personnelle *correspondant à une conviction absolue du sujet*, au détriment d'une socialisation ordinaire, consensuelle, se manifestant par des formes d'autisme, une singularité de l'image du corps, une auto-centration, des mécanismes délirants et des défenses particulières (déni de la réalité, mégalomanie, aspects projectifs, interprétatifs, persécutifs, ambivalence, stéréotypies...). La notion de chronicité est importante.

Un psychotique apparaît aussi (surtout lorsqu'il est schizophrène) selon ce que l'on appelle *le "négativisme",* ce qui signifie réaction de raidissement et d'opposition contre les sollicitations du monde extérieur et qui était nommé "attitude antithétique fondamentale" par Minkowski[200].

Le négativisme ainsi décrit aboutit à un négativisme social massif, inhérent au trouble. Par définition, un psychotique proposerait une manière d'être au monde en antithèse,

[199] Sur le sentiment de honte, voir le travail d'interview très informatif de Vincent de Gaulejac et de Serge Tisseron par Didier Drieu et Régine Scelles.
[200] Voir l'article « négativisme » in Porot (1984), p. 452.

venant déranger l'ordre établi autour de lui. A priori, aucune place sociale réellement "inclue" ne pourrait lui être compatible ou convenable : en effet, qui plus que le fou remet en question l'ordre social? Le psychotique tend à annuler l'autre, partiellement au moins. *Pour une part, on ne sait pas faire autrement que de bien le lui rendre.*

Il semble possible d'affirmer que, même en cas de consommation dommageable d'alcool et/ou de toxiques, les tableaux psychiatriques et les manières d'être au monde sont très différents entre cas de psychose et cas de psychose acquise.

Ce qui veut dire qu'un grand clochard alcoolique, aussi abîmé soit-il, dément ou korsakovien, méprisant son intégrité corporelle, ne se comporte et ne vit pas comme un psychotique schizophrène délirant.

Il ne faut pas perdre de vue également qu'une part des psychotiques installés à la rue se dirige aussi vers la consommation de substances psychoactives et d'alcool surtout: la prise d'alcool dans une société telle que la nôtre (très alcoolisée et encore plutôt tolérante à cela [201]) et pour des psychotiques plus particulièrement encore, correspondrait à une tentative de "soins", une forme d'automédication par l'effet interne de la substance ainsi qu'une tentative de normalisation. Tout se passerait comme si, pour ceux-là, il valait mieux sembler alcoolique que fou.

Ces éléments nous amènent à pouvoir réfléchir en termes d'identités et d'images sociales, en suivant Devereux.

Une personne psychotique, au même titre que n'importe quelle personne dans la société, pourrait "choisir" de devenir alcoolique, avec le mirage peut-être selon lequel son étrangeté serait ainsi résolue, selon lequel elle n'apparaîtrait plus insensée, folle. Il y aurait en pareil cas *recours* à l'identité d'alcoolique. Même si, pour un œil averti en tout cas, un psychotique alcoolisé demeure différent d'un non-psychotique sous alcool, dans sa manière de boire par exemple _ généralement solitaire. L'alcool ne recouvre pas tout, même si, non plus pour l'observateur extérieur mais pour le sujet lui-même, la duperie semble possible (ce serait bien là la force de l'objet alcool).

Ce « chapitre » de l'alcool ouvre ainsi à l'idée de combinaisons possibles d'identités (correspondant à des stratégies inconscientes et de « choix de symptômes »), à différentes manières d'être dans le socius.

Quelle(s) identité(s) sociale(s) pour les psychotiques?

Cette possibilité de jeu avec les identités, n'est-ce pas cela que va chercher le psychotique à la rue, tandis que l'univers psychiatrique lui réserverait une place sociale prévue à l'avance (par d'autres que lui) excessivement pauvre.

[201] Cl. Le Vôt-Ifrah et coll., 1989.

II-2-4 La psychiatrie et les psychotiques

Aucune médecine, aucune thérapie sait rendre non-psychotique un psychotique; au mieux, on le rend moins psychotique.

La sortie de l'hôpital est l'un des buts soignants les plus louables. Néanmoins, à sa sortie d'hospitalisation, le psychotique est assez rigoureusement encadré, avec un champ de possibles considérablement réduit.

Le destin social d'un psychotique pris en charge est excessivement standard, pauvre, peu mobile et créatif.

Lorsque les médicaments abrasent le délire, le sujet se sent souvent et mieux et plus étrange, plus vide. Parfois, ces secondes conditions sont telles qu'elles déterminent une opposition, une fuite face aux médicaments et aux soins. C'est le cas d'un jeune homme psychotique à la rue qui a pu déclarer à un collègue du travail social: "je ne prends plus mes médicaments, ça me rend dingue". Les psychiatres ont l'habitude de batailler avec leurs patients (psychotiques) à ce niveau: le soin aux psychotiques comporte toujours plus ou moins cette composante de lutte.

Les psychotiques clairement opposés aux soins forment, selon notre expérience à l'UMAPP, l'essentiel des psychotiques à la rue.

II-2-5 Différences entre clochards et clochards psychotiques à la rue

Un psychotique installé à la rue peut avoir en tout point l'apparence physique d'un clochard: buriné, sale, alcoolique, amateur de poubelles, de caches plus ou moins insalubres, pratique de la manche (un flutiste clochard, en guenilles, au délire musical à Rouen…), etc. Ils fréquentent (à moins qu'ils ne soient très anachorètes, ce qui arrive) les mêmes lieux d'accueil que les clochards, les mêmes lieux d'hébergement d'urgence, dorment dans les mêmes chambres ou dortoirs parfois...

Mais…Le psychotique est beaucoup plus souvent seul, voire quasiment toujours, ne semblant pas attendre quoi que ce soit d'une relation à l'autre, dans une forme d'autosuffisance qui renvoie sémiologiquement à l'autisme. Même s'il a recours à certains services (et fortement), il traverse le groupe et sa vie solitairement, en fonction de son repli.

Insistons sur le fait que les lieux fréquentés (accueils en hébergement d'urgence, repas gratuits...) sont souvent des lieux de foule, de promiscuité, de nombre qui, plus que d'autres, permettent de ne pas être distingué du lot. Etre un parmi d'autres. Ce point est certainement majeur pour le psychotique à la rue: il y est reçu au même titre que les autres et non comme un malade. On le laisse tranquille, comme tout le monde.

Outre cela, Le psychotique à la rue est facilement ritualisé, vivant selon une chronicité très évidente: les mêmes circuits chaque jour[202]. A la rue, les ritualisations prennent

[202] Renvoyant aux itinéraires de Fernand Deligny. Ce qu'il a désigné comme « lignes d'erre » des enfants autistes cévenols sous-entend peut-être l'existence implicite d'une forme de projet chez eux. Voir *Cartes et lignes d'erre*, 2013, L'arachnéen.

facilement la forme de recherches pour combler des besoins primaires (comme aussi, combinés ici, avec des besoins issus du *processus* primaire). Il délire ouvertement et est repéré par tous les autres comme différent, toléré dans certaines limites. Il est rejeté dès que l'idiosyncrasie insensée déborde.

Le psychotique à la rue a son monde interne qui le guide pour son interprétation du monde. *Il n'est pas un sujet vide, comme pourraient l'être les clochards ordinaires*; il se meut en fonction de son auto-centration. Il vit activement son délire : sa vie a ce sens. Il peut accepter/tolérer la rencontre avec certains professionnels du champ social, notamment lorsque la relation n'a pas d'enjeu (apparent). Le psychotique à la rue semble tout à fait détaché des contingences (matérielles, financières), se suffit de très peu, se débrouille au plus seul. Le film rouennais *Playboy communiste* réalisé par David Thouroude et Pascal Héranval (Mil Sabords, 2008) le montre parfaitement autour de la vie d'Alain. Ils l'ont suivi dans différents moments de sa vie, caméra au poing, ce qui donne un documentaire hors du commun sur la question de la vie dehors et sur la psychose d'un homme.

La plupart du temps, il ne se plaint pas, ne semble pas souffrir excessivement de ses conditions de vie, il ne demande rien (surtout à la psychiatrie) sauf en cas d'épuisement qui arrivera précocement : la rue abime plus vite que la vie normale[203]. Voilà un paradoxe à retenir : l'entropie galopante va favoriser la reprise (marginale et minimale) d'une forme « moins pire, moins seul » de socialisation : acceptation d'un foyer, de soins (Jan, Vigier, 2004)…

II-2-6 Différences entre psychotiques à la rue et psychotiques hospitalisés

_ Il est aisé d'observer l'apragmatisme des psychotiques hospitalisés et l'apparence stérile de leurs rituels, leur ennui manifeste ou leur perplexité. A la rue, sauf cas de décompensation, les psychotiques semblent se trouver dans une autre dynamique, proche de la survie certainement. *Il semble que leurs activités se mettent au service de ce sentiment d'urgence.* Tout se passerait, dans nombre de cas, comme si rituels et stéréotypies prenaient ici statut de défense directe contre un monde projeté hostile. Ils auraient à attendre dans ce contexte, quelque chose d'eux-mêmes (même si c'est très fou).

Ce « choix » de vivre à la rue pour le psychotique, quand il est fait, est à respecter selon nous, à prendre en considération: la mission de la psychiatrie publique n'est pas de nettoyer la rue mais de venir en aide aux personnes en souffrance (psychotiques ou non) et d'accompagner le plus vivant en elles là où elles sont.

Comme dit plus tôt, un délirant est souvent une personne en souffrance, excessivement isolée. A la rue se retrouverait une part des plus opposants des

psychotiques. Comment venir en aide à qui ne le souhaite pas, sans contraindre? Les soins sous contrainte sont à réserver strictement aux plus dangereuses situations.

Notre réponse est simple, valable pour quiconque (psychotique ou non) dans son principe: l'aide, pour être consentie, doit être acceptable. Le reste est affaire de Care et de Cure. Nous renvoyons à ce que nous avons mentionné précédemment à propos du partenariat et de « l'adressage » de la personne par le travailleur social au psy[204].

II-2-7 Deux cas de patients psychotiques ayant connu la rue[205]

Le cas de Slimane

Slimane est algérien. Il demande un hébergement d'urgence mais l'époque est difficile, le dispositif saturé et les travailleurs sociaux lui proposent de faire le 115 en soirée pour tenter sa chance. Slimane n'écoute pas les consignes : il acquiesce mais se présente quand-même devant les Centres disposant de lits d'urgence, y compris quand il n'y a pas de place.

Hébergé parfois, Slimane se montre manifestement très dérangé, impressionnant et perturbateur. Il invective, il demande des comptes, on ne lui donne jamais ce qu'il attend : pourquoi ? Et qu'attend-il ? « De faire ma vie, moi, j'ai 30 ans, il faut que ça commence, la France ». Parlant français avec un fort accent kabyle, il n'a pas tort dans son propos : la France « ne commence pas » pour lui, en effet. Mais il est sans papier, sans inscription, sinon du côté de la marginalité et du passage à l'acte (bagarres, parcours pénitentiaire).

Notre rencontre se produit sur l'insistance des travailleurs sociaux d'un Centre d'hébergement d'Urgence qui le voient « trop mal ». En effet, face à nous et malgré l'absence de réticence à voir un psychologue, Slimane délire et nous accédons difficilement à ce qu'il dit. Son flux verbal est accéléré, relevant de la tachypsychie, sa gestuelle aussi est agitée : il sort un téléphone, le rentre inlassablement, le ressort ; de sa poche il prend un papier, le plie, le remet dans son sac, le ressort… Le cours de ses pensées ne peut être suivi véritablement.

Après l'entretien, il crie qu'on lui a volé son téléphone et désigne un vieux clochard près de l'entrée. Nous lui faisons remarquer que cet objet, qu'il avait montré et rangé des dizaines de fois face à nous, il l'avait… dans la main. Loin de le faire sourire, Slimane se calme à peine en disant que « le pauv'type là » vient de lui remettre dans la main…

Dans l'entrevue, il accepte toutefois d'être « dirigé » : quand nous expliquons qu'il nous faut savoir des choses pour l'aider, il reçoit le message, s'applique sans réussir à se montrer réellement informatif, par confusion.

---

[204] Introduction générale, partie V-5.

[205] On pourra se porter vers le cas d'Archi, exposé dans la partie II-5-2, qui est aussi celui d'un homme atteint de psychose schizophrénique.

Slimane serait parti d'Algérie il y a 5 ans. Assez bizarrement pour un algérien, il serait passé par la Turquie pour joindre ensuite la France, ce parcours étant généralement employé par les moyen-orientaux et les africains de l'est. Après « longtemps », il serait arrivé à Paris, dans une branche de sa famille paternelle. « Moi, je devais faire ma vie, le travail, avoir l'argent. Je reste pas sinon, pourquoi je suis venu » ? C'est en effet la question que nous lui renvoyons. Lui, l'aîné de 4 enfants, il aurait choisi de partir sans rien dire à ses parents d'abord, pour réussir en France[206]. Le voyage de Slimane semble comporter bien des ratées qu'il ne semble pouvoir admettre, percevoir : on ne l'accueille plus dans sa famille. Il a été en foyer quelque temps mais en est reparti après une bagarre. Des bagarres adviennent souvent, il ne le cache pas, il est même logiquement encadré par un suivi éducatif à cause de cela dépendant d'un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en région parisienne d'où il arrive fraîchement.

Slimane ne semble pas savoir vers quoi se diriger, son seul but (*qu'on* lui refuse) étant la réussite ici, en France, après tous ses efforts.

De plus en plus agité, Slimane a dû être interné sous contrainte du fait de son caractère menaçant et de l'affaissement en quelques semaines de son état général. Admis en psychiatrie, il était transféré après quelques semaines dans l'hôpital parisien l'ayant initialement pris en charge voilà quelques années.

Commentaire

Le cas de Slimane est celui d'une personne ayant apparemment suivi une idée folle, se trouvant dans un voyage pathologique. Sa conviction, psychotique, est qu'il doit réussir, sans du tout tenir compte des contingences, des lois, etc… *On lui devrait la France.* Il ne serait pas impossible que des raisons trans-générationnelles soient convoquées dans cette conviction ; ce n'est de notre part qu'hypothèse, les échanges avec Slimane ayant été très prompts et brefs. Le sentiment de persécution est chez lui très exacerbé, sa consistance psychique trop laxe et sa pensée trop diffluente pour considérer sa pathologie comme relevant d'une psychose paranoïaque, mais la psychose (au sens de la rupture avec la réalité partageable) est nette.

Le cas de Maurice. Une psychothérapie surréaliste

(Nous parlons de Maurice également dans la partie II-8-1)

Première Période : rencontre, conditions de vie ; types d'entretiens, contenus d'entretiens.

Maurice était depuis moins de 5 ans à la rue à notre rencontre au début des années 2000. Première poignée de main dans un Centre d'hébergement d'Urgence et entrée en contact par orientation d'un collègue du travail social, trouvant cet homme d'à peine 40 ans singulier, original, hors du commun. Il s'agit d'une force de la nature, très

[206] Ce qui est un rêve très commun de la jeunesse algérienne depuis les années de plombs au moins.

différent en effet des autres hébergés du lieu : il semble détendu, enjoué, propre, avenant, porté sur l'autre. Comment est-ce possible dans un lieu comme celui-ci, où règne l'insécurité, dans ce lieu de mélange humain improbable et souffrant ?

Dans ces premiers entretiens, une dizaine au plus à l'époque, Maurice nous laissait entrevoir son histoire familiale. 3ème de 5 enfants, il a une sœur aînée, un frère aîné, une petite sœur et un jeune frère. Il évoquait avec nous différents temps que nous espérions pouvoir reprendre progressivement, ce qui ne fût pas le cas. Le patient abandonnait, estimant ne pas avoir besoin de ce genre de service, ce que nous concevions comme une résistance thérapeutique. Nous n'insistions pas, recevant son retrait comme respectable, ce qui fût utile par la suite pensons-nous.

Dans ces premiers entretiens, les émotions étaient écartées, annulées. Maurice est un homme apparemment jovial, cette manière d'être dissimulant plus ou moins la bizarrerie des idées, leur crudité parfois, le manque de retenue… Existe dans son tableau une note thymique « up », une activation de l'humeur hypomaniaque ainsi qu'une dimension affective particulière passant d'une grande « identification » à l'autre à un éloignement marqué. Maurice est aussi excessivement, fondamentalement méfiant.

Dès ce départ/faux départ thérapeutique, l'accent était mis sur une vie familiale dévitalisée dans sa jeunesse. L'image maternelle était évoquée : une femme absente à elle-même, malade psychiatrique, « dépressive », peu porteuse de vie et d'énergie pour ses enfants, passive, triste, totalement disparue sous l'emprise du père et décédée à environ 60 ans (notre sujet avait environ 35 ans) d'une démence d'Alzheimer vraie certainement, au regard de la précocité et de la gravité du tableau décrit. L'image paternelle apparaissait strictement sous le signe des valeurs travail et sérieux. Maurice dépeignait une maison familiale sans liberté, contrôlée par le père, mortifère, dévitalisée : «on laissait l'obscurité pour ne pas abimer les peintures et les papiers peints ». Une conserverie ?

Il découvrait tôt, à l'adolescence, le culturisme et devenait littéralement addict à ce sport, devenant très fort et d'une carrure hors du commun. Débuts d'entraînements durant des heures, seul, dans le grenier de la maison en soulevant des poutres, des agglos de béton.

Très vite, Maurice parle de sa vie militaire. Engagé dès ses 18 ans et contre la volonté paternelle. Il restait dans l'armée une dizaine d'années, avec intérêt. Il y apprenait à boire aussi. Il rencontrait sa femme, se mariait, devenait père d'un fils et cédait à la demande de son épouse: il quittait l'armée. Trouvant un autre emploi cousin de son activité militaire, il en venait à passer de plus en plus de temps dans son club de sport, appréciant sa vie familiale sans n'y rien apporter personnellement, pourra-t-il dire ensuite. Il ne réalisait pas que sa femme et son fils pouvaient souffrir de son absence, de son manque de désir de lien. « Je n'étais pas vraiment adulte » dira-t-il encore, réalisant dans l'après-coup lointain de nos séances des années 2010 que sa manière d'être pouvait poser problème.

Lorsqu'elle lui annonçait son intention de divorcer, il restait interdit. Il n'avait parfaitement rien vu arriver. En quelques mois, il perdait l'entier de son apparente stabilité antérieure, de son adaptation sociale, devenant littéralement clochard, selon une dynamique qu'il abordera plus tard et que nous exposerons plus loin.

A ces premières rencontres, Maurice expliquait qu'il comprenait que sa femme ait pu lui préférer « un homme plus intéressant » que lui et qu'il se réjouissait que ce rival devienne « un meilleur père » qu'il ne le fût et ne l'aurait été pour son fils. « Je suis sans rancune, je ne sais pas me défendre, je ne me venge jamais : je souhaite du bien à tout le monde, au monde». Force est de constater que par contre, Maurice réussissait à mettre en place une attaque de lui-même impressionnante : par l'alcool massivement absorbé, par la dimension mélancolique qu'il développait.

Dans ces années, Maurice décidait de couper tous liens avec sa famille, frères, sœurs, père, avec le sentiment que certain(e)s auraient poussé son épouse à partir. Son père aurait fait le voyage pour le voir, l'aurait jugé fou et « bon à interner », mais n'aurait pas été au bout de la démarche.

Seconde période : rencontres fortuites, simples visites au groupe café de l'UMAPP

Maurice étant un personnage public par le simple fait de passer beaucoup de temps dehors, nous le croisions régulièrement, notamment au Centre d'Hébergement d'Urgence ou aux alentours. Il était ensuite admis dans un CHRS, y travaillait dans un petit boulot physique, refusant mordicus tout autre poste, notamment toute place à «responsabilité ». «Comme avant dans le boulot, on voulait que je devienne chef, j'ai toujours refusé, ma femme ne comprenait pas. Elle m'en a voulu peut-être pour ça ?».

Les travailleurs sociaux ne comprenaient ni ne percevaient les particularités pathologiques de sa personnalité, d'évidence, à ce moment, dans les lieux où il évoluait. Il réussissait à être exclu du CHRS pour alcoolisme et revenait à la case urgence. Maurice se déclare pacifique, mais sous alcool, il pouvait se montrer menaçant et fort impressionnant de par sa masse, faisant très peur à certains, notamment à certains professionnels. « Il n'y a que l'alcool pour me sortir de ma timidité ». Il est arrivé aux travailleurs sociaux de faire appel à une brigade pour « faire redescendre » Maurice qui, soul, ne reconnaissait que l'autorité en uniforme. Sans aucun passage à l'acte hétéro-agressif abouti, il pouvait cependant là-aussi retourner contre lui-même sa violence intérieure, masochiquement: il se cassait la main (peut-être à plusieurs reprises) en tapant dans un poteau en béton. « Après, je serrais la main aux autres, je me tordais de douleur, ça me punissait ». Cette partie de son corps est objectivement déformée, gonflée.

Ce problème agressif, devenu récurrent vers 2009, amenait un chef de service du foyer d'hébergement d'urgence à lui proposer un marché : après une période d'exclusion totale significative où Maurice redevenait complètement SDF, dormait dans les cages d'escalier, etc…, il était de nouveau admissible à condition de se faire soigner « par des médicaments ». Les soins psychologiques étaient proposés aussi, et consentis par le sujet. Il nous retrouvait de cette manière, c'est à dire dans une logique

d'entretiens commandités par autrui, une sorte « d'obligation de soins » que nous n'avions pas remise en cause, considérant qu'elle pourrait peut-être l'aider.

Précédemment à cette éviction du Centre d'urgence, sur plusieurs années, Maurice a fréquenté par intermittence le groupe de parole ouvert que nous animions hebdomadairement à l'UMAPP avec une infirmière. Ce groupe avait une vocation d'accueil, permettant à des personnes de la rue de venir partager un moment de parole et un café dans ce lieu de soins psychiatrique[207] immédiatement accessible depuis le lieu d'orientation sociale, le Carrefour des Solidarités[208].

Maurice était très apprécié dans cette ambiance, venant avec son sourire, ses aptitudes burlesques, son sac de courses usagé mais obsessionnellement organisé, sa carrure, ses propos pour le moins imaginatifs. Et son humour, ses jeux de mots, son respect de tous. Maurice pouvait apparaître ici comme un SDF « heureux », drôle, propre, rassurant, sans plainte en tout cas. Il n'évoquait jamais de parts intimes de lui-même. Outre ce passage, aucune demande de soin, ce que là aussi nous respections, tout en nous questionnant. Nous pensions qu'il venait vers nous, vers le verbe de la conversation, le partage d'une convivialité, lorsqu'il passait des périodes moins alcoolisées, lorsque le vide pouvait se faire plus ressentir, dans des tentatives de mouvement interne.

Nous avons considéré/ressenti Maurice comme un schizophrène quasiment dès notre rencontre, malgré les secteurs de personnalité dits « adaptés » existant dans son fonctionnement, au regard de l'ambivalence des positionnements et surtout sur le fait de ses traits « imaginatifs », relevant d'un délire non fixe, fluctuant, tournant autour du fait d'être un être exceptionnel, chargé de pouvoir dont il ne peut parler même à nous, restant en lien avec d'autres dimensions, le monde des morts, des forces notamment. C'est dans les périodes d'alcoolisation que ces aspects (ne ressemblant pas à un délire toxique ou à une psychose hallucinatoire chronique) sont plus apparents mais ils subsistent, plus discrets, y compris sans le produit.

3ème période : psychothérapie

Cette psychothérapie ne se serait certainement jamais enclenchée sans les préalables évoqués, donnant raison à la méthode développée par l'UMAPP et dans les équipes mobiles : être présent, connu, bienveillant, sans mystère, c'est-à-dire sans représenter une acception rigide de la notion de neutralité, sans mouvement de « prise de pouvoir », attentif et disponible, conservant mémoire pour l'autre.

Maurice était donc redevenu absolument SDF, sans accueil en structure de nuit, suite à ses crises liées à l'alcool. Paradoxe puisque sans alcool, pas d'expression de son

[207] Pendant des années, cet endroit a drainé bon nombre de personnes différentes, SDF et non-SDF. Nous y tolérions certains psychotiques « ADF », Avec Domicile Fixe, en refus de soins ailleurs mais domiciliés, ou encore des patients « chroniques » bien connus des équipes de soins, sans réelle installation dans la psychiatrie intra-muros ni stabilité dans les alternatives à l'hospitalisation expérimentées pour eux. Nous avons souvent été surpris par la bienveillance et l'accueil des psychotiques pour les SDF en grande souffrance sociale : leurs gestes généreux, leurs paroles soutenantes à leur adresse survenant étonnamment au milieu de leur silence, … Il nous a semblé vérifier dans ce dispositif que « même les psychotiques ont une souffrance sociale » comme le dit Jean Furtos et que c'était ce *malêtre* qui était ici en question assez spécifiquement, à partir de celui, plus manifeste encore, des gens sans chez-soi.

[208] Voir partie V-4-8 de l'introduction générale du présent travail.

malaise et montée de l'angoisse, et avec, débordement. Maurice semblait pouvoir fonctionner avec l'illusion auto suggestive d'une méthode de type de celle d'un Emile Coué : un « je vais bien, tout va bien »[209] émaillé de poings lancés sur le dur, une tac tic de répression du négatif ne fonctionnant pas de façon probante. L'alcool, un médicament imparfait.

Il se pliait au fait de rencontrer un médecin psychiatre, selon l'injonction évoquée. Ce dernier ne considérait pas qu'un médicament soit nécessaire mais qu'il en irait à l'appréciation du patient. Celui-ci choisissait de s'en passer et de poursuivre les entretiens psychologiques.

Etonnamment, Maurice se montrait très présent à ces entretiens repris, évoquant sa situation dans l'urgence sociale du dehors : les cages d'escalier, le froid l'atteignant (lui qui n'avait jamais eu froid assurait-il), le regard des autres, le sentiment d'être clochard. Pourtant, nous apprenions que cet isolé, puni du système d'hébergement suite à ses inconduites/incontrôles, conservait un lien privilégié avec quelqu'un, relation tenue secrète, gardée. Cette personne, il l'aurait rencontrée au début de sa galère ; elle aurait été sensible à son malaise et lui aurait ouvert sa porte. Depuis, il a la clef de son appartement, n'en abusant pas, s'y rendant avec parcimonie. Une relation établie de longue date entre deux isolés dans laquelle existe une dissymétrie du don, estime-t-il lui-même ainsi qu'une autre, affective. Maurice pense cette personne éprise, lui ne la considérant qu'amicalement. Cet état de fait serait un statut quo durable, émaillé par des crises : quand Maurice est trop alcoolisé, il est évincé (en lui rendant toujours la clef), quand le désir de l'autre point, il s'évince… Cette relation dure contre l'avis de la famille qui voit en Maurice un profiteur alcoolique de la rue qui n'apporte rien. Généralement, le non-couple passe les fins de semaine ensemble, du samedi au dimanche soir. Le linge, usagé mais toujours lavé du patient est ici entretenu. Il serait hors de question pour l'un et pour l'autre de s'engager dans une vie commune complète.

Maurice, après quelques mois dehors, trouvait la possibilité de se calmer en découvrant les mots croisés. Impossible jusque-là de patienter dans une salle d'attente et surtout de demander quelque chose pour lui-même (alors qu'il pouvait faire des démarches de ce type pour autrui), cette combinaison rendant impossible la plupart des démarches de soin et sociales. Les mots croisés (dont il est toujours muni en venant nous voir, depuis maintenant plus de 5 ans) a été indéniablement un vecteur comportemental de son amélioration!

L'un des premiers points qu'il abordait avec nous : sa « super timidité », remontant à son enfance, timidité handicapante. Elle l'empêcherait de rencontrer des acteurs du pôle emploi : les démarches minimales devant se faire 3 à 4 fois par an sont pour lui sources d'angoisses disproportionnées. Son revenu équivaut à celui d'un RSA.

[209] Nous ne résistons pas à évoquer ici l'humoriste Dany Boon dans son squetch intitulé « Le déprimé », personnage auquel il alloue cette formule incantatoire et conjuratoire : « je vais bien tout va bien ». https://www.youtube.com/watch?v=BsibwbSD_0k

Le chapitre de la timidité entraînait la lecture de son sens par une plongée dans le monde infantile, plusieurs mois durant. L'entrée en matière de Maurice, toujours décalée, portait rarement sur l'urgence vraie de sa vie, plutôt sur des idées saugrenues, étranges lui étant apparues dans la semaine, des raisonnements aux prémices fausses expliquant tel ou tel phénomène. Ceci reste vrai aujourd'hui. Il nous a semblé devoir admettre cette entrée en matière, en acceptant de rire de ses idées (souvent irrésistiblement drôles), de répondre sur ce mode parfois tout en conservant le souci du contenu latent de l'échange et la force du cadeau de Maurice: il nous dévoile sa façon de penser intime, folle, les distorsions qu'il produit de la réalité ouvrant sur sa réalité psychique, son idiosyncrasie. Maurice est cet homme qui essaie de masquer et de montrer tout en même temps sa folie par son rire. Face à nous, notre tolérance à cela, nos remarques sans jugement et in interprétatives semblent l'avoir quelque peu aidé à vivre[210]. Depuis leur redémarrage, il n'a raté aucune séance, ayant ritualisé sa semaine de façon stricte et autour du rendez-vous, fort éloigné de son lieu d'habitation : 1H30 aller de transports en commun.

Après quelques mois, il entrait en effet dans un foyer-logement de type ancien Sonacotra : l'équivalent d'une chambre d'étudiant dans un semi-collectif (sanitaires, cuisines, salle à manger communes), à durée indéterminée. Il profitait éminemment de ce nouvel accès à la propriété privée en restant chez lui, en se reposant, en dormant et en arrêtant de boire, ne fréquentant plus ni les mêmes lieux, ni les mêmes éventuels compagnons d'infortune (quoi que Maurice se définisse fondamentalement lui-même comme un grand solitaire). Un arrêt de l'alcool psychotique ? Consultant un médecin pour une angoisse liée à l'état de l'un de ses pieds, ce praticien décelait une maladie à potentialité grave, la même qui avait mis « la gangrène » à la jambe de son père. Insistons sur le fait que ceci est la compréhension/interprétation idiosyncrasique du sujet qui comprenait que le traitement quotidien était antinomique avec toute prise d'alcool, d'où le stop, alors qu'il en était à de très fortes quantités (qu'il « tenait » redoutablement bien).

Une enfance étrange là encore, isolée dans une famille froide, dans un hameau rural à la limite périphérique d'une petite ville. Un père apparaissant comme tout puissant, un homme dont Maurice ne peut jamais donner d'éléments négatifs d'abord. Plutôt, sitôt dit, sitôt repris, nuancé : « il était dur, très exigeant. Avec lui, pareil. Mais attention, on n'a jamais manqué de rien, jamais »).

Voilà un père régnant sur sa famille, celle-ci dépendant entièrement de lui. Sa femme, cette personne douce et malade évoquée plus haut, aurait été écrasée par l'autorité paternelle, comme si elle n'avait pas réellement le statut d'adulte dans la famille. Très passive, soignée parfois en psychiatrie semble-t-il, elle aurait été sous l'emprise de son époux : « c'est lui qui lui donnait ses médicaments. Des fois, il lui en donnait trop, on l'a vu. Le psychiatre a dit que c'est mon père qu'il aurait dû soigner ».

[210] Notons que les actuelles et comportementalistes manières de faire en psychiatrie, apparemment plus encore pour les patients psychotiques, les amènent à « connaître leur maladie » et à y réagir, après apprentissage, de façon Ad Hoc : prise de traitement, hospitalisation… Ces façons de faire évacuent les confidences sur les réalités internes (délirantes dans l'exemple), signifiant au patient : ce que vous êtes fondamentalement n'est pas intéressant. Le fait *d'écouter le délire* n'est pourtant pas sans fonction, malgré l'étrangeté qu'elle recèle pour l'interlocuteur. La psychothérapie de Maurice en est un exemple.

Un père ne buvant pas mais grand fumeur. Fils d'un homme qui était « la honte de la famille » : ce grand-père était un « tâcheron de ferme », alcoolique, dilapidant chaque semaine l'argent gagné avant de revenir chez lui, propulsant les siens dans la misère. « Il a vécu ça, mon père. Ca n'était pas facile pour lui. Son père était un clochard ».

Etant un travailleur très scrupuleux, très rigide et perfectionniste, il aurait été très demandé. Travaillant avec son fils aîné depuis l'adolescence de ce dernier, il ne lui aurait jamais accordé de bulletin de salaire jusqu'à ce que ce garçon, vers 25 ans, rencontre sa future épouse qui s'étonnait de cette incroyable anormalité. A ce moment, le fils aîné rompait tout lien avec le père.

La sœur aînée, dès ses 18 ans, quittait le foyer et rompait avec son père. Au cours de la psychothérapie, Maurice, toujours hésitant à dire des faits écornant le père, se remémorait des attitudes anormalement caressantes et secrètes du père avec sa sœur. Un scenario équivalent se serait réalisé aussi avec la jeune sœur, vite partie également. Le jeune frère par contre serait resté dans la maison familiale jusqu'à la mort du père, événement récent : il serait alcoolique, aurait totalement rompu les liens avec sa fratrie, refusant tout contact.

Dans leur enfance et leur jeunesse, tous étaient soumis à l'autorité inique du père.
Sauf Maurice, qui paradoxalement, estime avoir été le fils préféré dans l'enfance. « En face de moi, mon père était désolé ». Quel enfant était-il donc ? Il était cet enfant repéré intelligent par l'école qui était tendrement insubordonné à son père. Ce dernier, passionné de football, inscrivait contre son grès le petit Maurice au club. Le premier jour, il le mettait de force dans sa voiture, le menait, l'y laissait. Maurice, lui, disparaissait : une fugue, manifeste de sa « tête de bois » qui faisait abandonner le père. Dans l'enfance de l'âge de l'école communale, il partait les mercredis dans les fermes et ne donnait pas volontiers le coup de main attendu (exigé) par le père à l'atelier qui, semble-t-il, était désarçonné par ce fils. Sa passion : les animaux : les toucher. Quand nous le questionnions sur ce lien aux bêtes, il associe à plusieurs reprises sur le fait étrange d'avoir aimé « caresser la langue des veaux », pratique jusqu'alors inimaginée de nous... L'en plus de ces escapades était ces sorties elles-mêmes hors de la famille : être ailleurs, manger avec d'autres gens l'accueillant bien. Peu de contacts avec des copains, avec des personnes de son âge. Pas de liens amicaux même, en dehors de l'école. Une famille autarcique pour horizon. Maurice apprenait à faire du vélo à l'âge de la mobylette, puis motorisé, n'utilisait guère l'engin que pour l'utile. Dans ces moments débutait son activité principale, déjà mentionnée : la musculation : seul, sans moyen, comme il a été dit (le père se montrait très économe avec tous).

C'est aussi contre l'avis de son père qu'il s'engageait, le BAC raté, dans l'armée. Que va faire un insubordonné dans un contexte d'ordres ? Du sport, étant devenu un athlète. Maurice semble y avoir fait l'expérience d'une autorité compréhensible d'une part sans renoncer à une discrète mais opérante attitude de défi, d'opposition. Une position coincée entre contrainte et refus d'être contraint, source d'une certaine jouissance peut-être, voire d'une certaine perversion.

Dans la suite de sa vie, il aurait toujours refusé de se placer directement sous l'autorité paternelle, sans jamais lui manifester frontalement son opposition. Pas de conflit, de l'esquive, du « fait de non-recevoir ».

Bien plus tard, quand Maurice était clochardisé gravement (première période de rue dans sa vie sur laquelle nous allons revenir), le père essayait de le diriger. C'est évidemment ce qui ne pouvait qu'amener une aggravation de la pente, tant Maurice semble répondre au modèle oppositionnel, à la réponse opposée: je serai le contraire de ce que tu souhaites. Il a été très important pour nous de saisir cela, pour lui aussi certainement, même s'il continue de fonctionner ainsi (au risque de son désavantage), en repérant le mécanisme toutefois.

La mort du père se produisait alors que Maurice était dans son foyer logement (il y vit toujours aujourd'hui). Il ne semblait pouvoir éprouver vis-à-vis de cet événement aucun sentiment clair : tristesse (relative), soulagement (relatif) se succédant. Au-delà, c'est autour du déni de la mort qu'il trouvait une issue. Ce pouvoir qui fait de lui « le phénix», re né de ses cendres (« c'est à peu près ça, moi »), restant en lien avec l'autre monde. « Je suis un voyant, je n'aime pas trop en parler. Le gens peuvent être jaloux ». Cette décompensation au moment du deuil s'intensifiait avec les questions de succession.

L'héritage de son père fût une époque à risque, Maurice tombant dans une décompensation dont il conserve aujourd'hui encore des séquelles. Il comprenait que le père avait essayé de déshériter 4 enfants sur 5, essayant de tout léguer à son dernier fils, apparemment devenu propriétaire de la maison familiale. « Mon père a changé de banque sans le déclarer à personne sauf à mon petit frère ». Ayant préalablement (le traitement du pied fini) repris l'alcool quotidiennement avec une relative sobriété (et modération tous les week-ends chez son amie), l'événement empirait très significativement sa situation. Les premiers deniers paternels hérités aggravaient l'alcoolisme et les dépenses. Très regardant d'ordinaire par la force des choses, Maurice devenu riche de quelques milliers d'euros les dilapidait en quelques semaines, en fréquentant comme après son divorce les bars à hôtesses.

Sexuellement, il se définit lui-même comme « un mateur », un pervers sans besoin de relations sexuelles complètes, aimant charmer et se laisser charmer avec l'alcool («sans ça, je n'ai accès à rien »).

Au-delà à cette période, il pouvait considérer que sa fratrie se liguait contre lui. Ayant rencontré trois d'entre eux chez le notaire, les ayant perçus comme « inférieurs » à lui (sic), il aurait suivi l'idée de récupérer le local de fabrication de son père pour devenir lui-même directeur d'un centre pour SDF ayant vocation d'apprendre un métier à des hommes perdus… Cette poussée exprimée de mégalomanie était irrecevable pour les autres, incompréhensible. Par extension, il a considéré son binôme comme appartenant à ce complot contre lui et se faisait évincer. Le service de linge perdure mais ils ne se voient plus, Maurice n'est plus reçu. Par extension encore, il a pu découvrir des personnes à la solde de sa fratrie près de chez lui, interprétant le fait de se faire battre un soir de cuite de cette manière…

Ayant dépensé plus que de raison, sans argent, Maurice en parlait et nous l'adressions pour dépannage vers un lieu fournissant accueil et repas gratuits. Il expliquait qu'en pareille circonstance auparavant, il n'aurait jamais accepté l'aide. Il se faisait repérer dans le foyer-logement par ses désinhibitions, fortement culpabilisantes après-coup et donnant lieu ainsi à des demandes d'excuses.

Y compris dans ce moment, Maurice ne souhaitait pas être orienté vers un médecin ou vers l'hôpital. Un an après, sa situation s'est de nouveau stabilisée, malgré la conservation d'une consommation d'alcool qu'il dit en riant « dans la partie haute de la moyenne ». Il accède ces temps-ci aux studios refaits et plus confortables de son lieu d'hébergement. Pour souligner les réactions psychotiques sur des éléments très concrets : dans sa précédente chambre, Maurice supportait un mur recouvert de champignons. Plutôt que de demander à changer de pièce ou que le parasite soit traité, il collectionnait des objets ramassés dans la rue ou dans la Seine tels que des « pneus encore bons » (il n'a pas conduit depuis 20 ans, n'a pas de voiture). D'accord pour se défaire de la plupart de ses effets ainsi ramassés pour accéder à son nouveau logement, il n'est pas sûr selon nous qu'il puisse habiter[211] comme tout quidam vulgum. L'important étant qu'il puisse trouver le lieu habitable à sa manière, supportable et que ses «petits côtés » soient tolérables…

Avant de quitter le cas de Maurice, nous souhaitons parler de son expérience inaugurale de la rue, survenue après une vie active, un mariage et un divorce qu'il désigne nettement comme ayant été le déclencheur de son naufrage personnel.

Nous avons évoqué la réaction mélancoliforme de Maurice à la séparation : il avait tous les torts, il n'était rien de bien pour sa femme et son fils, il ne les méritait pas. Il pouvait se rendre compte après-coup de ce qu'il ne faisait pas pour les siens du temps de la vie commune et aussi que tout cela lui était parfaitement inconnu : il ne se rendait compte de rien, authentiquement.

A la vente de sa maison, il touchait une forte somme d'argent. A ce moment, il était en train de se saborder dans son emploi. Désespéré, il aurait failli se « jeter d'un pont sur le quai, pour n'avoir aucune chance », mais était retenu par des policiers (« comme quoi, j'étais surveillé », note en passant désignant le rapport de Maurice une fois de plus avec la réalité…). Une hospitalisation en psychiatrie se produisait, dont il ne profitait pas malgré la bonne compréhension du médecin psychiatre l'ayant pris en charge. Psychiatrie impossible pour lui, suite peut-être à l'histoire maternelle, par insubordination aussi : n'être réellement sous l'autorité de personne.

A sa sortie de psychiatrie, après un séjour de deux semaines, il perdait toute inscription sociale et ne pensait qu'à boire. Il n'avait aucunement l'idée ni la possibilité de demander quoi que ce soit à quiconque. Il devenait littéralement « un sauvage », c'est lui-même qui peut le dire comme cela après-coup, qui a pu dire ces mots en psychothérapie pour la première fois. Il s'agissait, quasiment 15 ans après les faits, du premier retour langagier, du premier après-coup parlé de ce passage à l'acte déroulé hors pensée contrôlée. Un sauvage, c'est quoi? C'est un homme qui vit en haillons,

[211] Voir sur ce thème Rhizome, N°7.

sans chaussures, qui pousse un caddy de bouteilles d'alcool « pour en avoir toujours». A ce moment plus encore, Maurice bénéficiait d'une santé de fer et d'une apparence physique très puissante. Il se nourrissait dans les poubelles, ne s'adressait à personne, ne réalisait plus la ville comme elle était objectivement.

Son recours a été une cachette, une cabane, accrochée au signifiant « la vie sous les ponts » et à cette réalité brute. Voyant à cette séance très fondamentale à quel point Maurice était envahi par ces traces remontées de sa mémoire et sa frustration de ne pouvoir décrire par les mots suffisamment, nous lui proposions d'aller voir le lieu avec lui, ce qu'il acceptait tout de suite. Il s'agit d'un recoin sous la pile d'un pont, à deux pas de l'UMAPP. Devenu presque incroyable pour lui, ce lieu ne devait pas l'être pour nous, ce fût notre raisonnement sur le vif.

En plein vent, devant la Seine, voilà l'abri de Maurice. En hauteur, très bruyant. Une grotte, une tanière. Pour y accéder, une escalade ou bien plus dangereux encore, une traversée aérienne sur les poutrelles du pont au-dessus du fleuve. Maurice passait là, aussi fou que cela puisse paraître. Aussi perdu que cela puisse paraître, aussi désespéré surtout que cela puisse paraître. Le danger n'existait plus, le sens de la vie non plus. Il était ce sauvage, seul au monde/abandonné, auto-exclu bien sûr, mélancolisé. Il peut parler des caravanes des gens du voyage qui un temps l'ont voisiné. « Ils voulaient m'aider. Je ne comprenais pas ». Il se lavait au robinet des mariniers, à ras de terre. Eau glacée, torse nu. Très fort, le voilà en train de faire des roulades sur le quai, sur les pavés des quais. «Moi, même pas mal. Je faisais ça pour que les autres aient la crainte de venir vers moi. J'avais aussi un bâton, un bois. Je tapais autour de moi pour que personne n'approche, pour dissuader ».

Brutalement cette aventure a cessé et Maurice est très ému à cette évocation : faisant ça devant un petit garçon, celui-ci lui disait : « arrête, tu me fais peur ». « Il avait l'âge de mon fils, j'ai arrêté, ça m'a arrêté ». Après cela, après cet épisode de plusieurs mois de dépersonnalisation et de déréalisation, délirant, il acceptait le secours des foyers et arrivait, dans cet appareil, au centre d'hébergement d'urgence.

Commentaire sur le cas de Maurice

La psychothérapie semble avoir permis à Maurice de vivre ces années de rue, et surtout ces temps extrêmes du début, comme une part de lui dont il n'a pas à avoir honte[212] par exemple. Il a traversé cela en réussissant après-coup à se reconstruire, malgré une métamorphose de son identité sociale au passage : il n'apparaît plus tel qu'il fût avant. Le phénix peut se figurer ainsi. L'expérience n'a pas soigné le sujet qui reste dans une « humble mégalomanie », si nous pouvons nous permettre cette expression. Il reste centre du monde, psychotique… Mais ce montage psychique lui permet d'annuler, ce faisant, le danger du délire mélancolique, ayant traversé cette épreuve en restant en vie.

[212] Nous en voulons pour preuve le fait notamment d'accepter d'en témoigner par la suite dans un documentaire, « Les passeurs de soin » (2013) devant une caméra, devant son ancien « squat ».

II-3 Les jeunes dits en errance

II-3-1 Contexte social actuel

Des indicateurs puissants du malaise des jeunes pourraient nous faire douter que la jeunesse continue d'apparaître selon le mythe du plus bel âge de la vie : chômage, maintien de la dépendance économique voire affective aux parents[213], précarité des contrats de travail. Le taux de suicide des jeunes avoisine désormais celui des personnes âgées. Un monde à tourments et à espoir modéré viendrait contrer l'ancienne et mythique idée de l'insouciance et de la légèreté de « l'être jeune ».

Il y aurait dans notre société recrudescence des jeunes adultes (entendre juste majeurs) à la rue qui, avec des aménagements de personnalités très adolescents et l'usage de « briseurs de soucis » modernes (poly toxicomanies et consommations extrêmes), déroutent les professionnels de la santé et du champ social sensés les aider, les contenir, les faire (re)démarrer.

Une partie de ces jeunes arrivant hâtivement dans l'urgence sociale ne s'y trouverait pas du fait d'une marginalité excessive ou revendiquée mais par l'amoindrissement sensible des mesures jeunes-majeurs après placements (prise en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance jusqu'à 20 ans)… *Ces jeunes-là ne sont pas en errance* au sens où ils se donnent des objectifs d'intégration ordinaires. Ils sont par contre frustrés par les aides manquantes les faisant d'autant plus entrer dans la galère. Rappelons que l'accès au RSA ne se fait qu'à 25 ans. Remarquons par ailleurs qu'il y aurait de moins en moins de places en hébergement d'urgence, avec un nombre croissant d'utilisateurs du 115 restant « sans solution » …

Quant aux jeunes dits en errance, ceux qui n'ont pas de but affiché et qui revendiquent leur vie de zone, quelles interventions sont possibles les concernant? Avec souvent un aspect oppositionnel fort, une forme paradoxale de « non-demande insistante », une exigence d'immédiateté, cette population permet peu de prise. Ce d'autant que souvent, les dispositifs d'accueil et de soins ne leur réservent aucune spécificité. Sur le plan psychologique, nous pouvons faire l'hypothèse que ces jeunes sont en crise au sens où ils ont rompu leurs relations antérieures, se sont désamarrés, et se trouveraient dans une attente/recherche/demande potentielle de nouveaux liens, de nouvelles identifications, de nouvelles solutions existentielles non encore advenus. L'errance pourrait être aperçue sous cet angle (hypothèse favorable) : comme un non aboutissement, une voie de crise en quête d'autre chose, une manière de continuer en attendant une nouvelle place, un état a priori transitoire. Il y aurait potentiellement recherche d'appartenance, d'affiliation.

On sait en psychopathologie qu'une crise a trois issues logiques possibles : état aggravé, état inchangé, état amélioré. On sait aussi qu'en période de crise, le sujet concerné est partiellement dépersonnalisé par l'intensité de son malaise et que ce sont les autres qui vont contenir son vécu pour lui fournir une continuité (Martin, 1995).

[213] Indépendance financière moyenne : 28 ans, âge moyen de décohabitation : 22 ans, données document PJJ, 2014.

Encore faut-il que « les autres », les professionnels du soin et du social notamment dans notre propos, puissent vivre avec bienveillance, espoir sinon confiance le moment. Or, les jeunes « errants » mettent à mal notre contre attitude, laissant par exemple en nous un sentiment de totale impuissance, un désespoir versus « no future». Est-il possible d'envisager, de « rêver » pour eux une insertion ordinaire dans la vie sociale ordinaire ? Nos outils classiques d'accueil, d'insertion, de soins sont-ils adaptés et propices à leur renoncement au monde vertigineux de la rue ?

II-3-2 Psychopathologie des jeunes dits en errance

Les jeunes désinscrits ou mésinscrits[214], qui sont-ils sur le plan psychopathologique? Bien plus souvent, se sont de très jeunes gens qui présentent un passé comme « sans acquisition », rempli de manques et de ratées (petit niveau intellectuel et de connaissances, échec scolaire, inaboutissement des formations engagées, absence d'expériences de travail...).

Sur le plan familial, la plupart du temps ils n'ont pas été élevés par leurs parents, ou bien l'ont été dans le contexte de familles pathologiques et abandonniques. Ils peuvent continuer d'entretenir des liens avec leurs parents: liens étranges, à la fois recherchés et sources d'angoisse. Ils peuvent souhaiter restaurer ces liens, rompus de longue date et réussissent exceptionnellement à en tirer bénéfice. Les parents sont à la fois chargés de tous leurs maux et investis d'une attente magique de réparation.

Ces jeunes gens sont la plupart du temps nés en France; certains sont fils de migrants.

A une fréquence avoisinant les 100%, nous nous rendons compte de l'usage de drogues licites (alcool), de médicaments détournés de leur indication et mélangés, de psychoactifs illicites.

Ils font montre de carences affectives importantes, leurs relations précoces ont été gravement perturbées. Nous repérons dans leur biographie des traumatismes multiples (mauvais traitements parentaux fréquemment). Ils peuvent être issus de familles nombreuses (et méconnues) comme enfant "isolé", unique, de deux parents ayant eu d'autres enfants de lits différents.

L'une des composantes biographiques les plus courantes est constituée des placements dont ils ont fait l'objet: dans leur famille élargie, dans une ou plusieurs familles d'accueil, dans des institutions.

A 18 ans, ils peuvent déjà avoir connu la prison; ils sont souvent défavorablement connus des services de police pour petite délinquance ou trafic de stupéfiants.

Sur le plan de leurs personnalités, nous retrouvons des fonctionnements immatures, adolescents (investissement du mouvement, de groupes de pairs marginaux, défenses maniaques), des identités mal assurées, avec des doutes parfois formulés quant à leur filiation, quant à leurs capacités de pouvoir être investis.

[214] Comme pourraient l'être les migrants précaires, selon Alain-Noël Henri in Rhizome N°48, juillet 2013, pages 4-5.

Nombre d'entre elles pourraient être considérées a priori comme "état limites"[215], souffrant d'abandons et les rejouant, inexorablement et inconsciemment, depuis l'origine. Une part non négligeable relève selon nous aussi de la psychose. Des aménagements d'allure psychopathique ou perverse se rencontrent aussi.

Notre description, un peu entière, *insiste sur l'aspect marginal de ces jeunes gens*.

Pourtant, sauf le cas particulier des punks à chiens, des jeunes des festivals, leur présentation directe est on ne peut plus ordinaire la plupart du temps: ils sont propres, habillés "en marques", revendiquent leur look comme le font d'autres jeunes gens normalement insérés.

Leurs aspirations sociales semblent étonnamment très ordinaires la plupart du temps: dans leur discours, ils évoquent le désir de trouver un travail, un logement, de s'établir en couple, d'avoir une télévision (et une play station). Ils ne semblent pas se rendre compte de ce qui peut faire fossé entre eux et ceux qui accèdent à cela vraiment. Le fonctionnement de la pensée semble ainsi faire fi pour une part de la réalité, des exigences de plus en plus affirmées de notre société (du sort qu'elle réserve aux bas niveaux de qualifications), de leur réalité quotidienne, *comme si la galère, la rue, l'absence totale de ressources ne valait pas comme signal d'angoisse et de recherche d'inscription, de "demande"… Alors que précisément tous ces indicateurs nous alarment _ nous professionnels, nous adultes _énormément pour eux.*

Plus en profondeur, dans les moments de dépression qu'aucun ne méconnaît ou dans les moments de crises décompensées, le discours change radicalement: c'est le désespoir, l'injustice, l'abandon, la "vie de merde", la rage, l'envie, qui ressortent en force.

Leur comportement, façonné d'éléments négatifs vis à vis des valeurs de la société (car malgré le discours affiché, ils s'inconduisent souvent socialement...), semble pouvoir osciller selon l'acuité des prises de conscience: victorieux sous-produits, tout puissants, les voilà annihilés par ces resurgissements d'ordinaire déviés, mis à l'écart. Ils sont brutalement confrontés au désespoir (plus qu'à une dépression stricto sensu avec alors une lucidité sur leur non inscription sociale particulièrement angoissante pour les "aidants". Nous avons noté cette formule taguée sur le mur d'un Centre d'Hébergement d'Urgence par certains d'entre eux : « L'avenir ne nous dit rien et c'est réciproque ».

Tout irait comme si l'intelligence sociale de (tous) ces jeunes gens s'éclairait dans le noir, selon le seul angle du négatif, du sentiment d'être de trop, de ne pas avoir été aimé, de n'être rien, de n'être que haine.

Dans les asiles de nuit, nos jeunes gens aboutissent dès leur jeune majorité. Les lieux qui les supportent et/ou les acceptent sont rares (ils font exploser les dispositifs fréquemment) et il n'est pas étonnant de les retrouver dans les organisations de "bas seuil", présentant le plus petit niveau d'exigence vis à vis des conduites. En même

[215] Mais nous verrons au Chapitre III que l'état narcissique dont il s'agit peut se démarquer fortement de celui des Border Line par le renoncement à l'accroche à l'autre, à l'anaclitisme.

temps, là aussi des règles existent. Ces lieux sont, pour beaucoup d'entre eux, les seules alternatives à la rue stricto sensu car il faut pouvoir faire preuve d'une certaine autonomie, d'initiative, d'organisation pour réussir à squatter par exemple ; tous n'en sont pas capables.

Aucun dispositif de type accueil d'urgence de nuit ou de jour n'est véritablement réservé aux "jeunes". Nous pensons, outre les efforts et les qualités des travailleurs sociaux, que les asiles de nuit font violence aux jeunes errants qui critiquent, agressent les autres errants: les plus vieux qu'eux en général, les clochards, les fous. En leur donnant place dans ces endroits, tout se passe comme si la société leur signifiait qu'ils sont sur le même fil, sur le même continuum que les plus cassés, renforçant leur désespoir et leur rage (ce qui explique leur agressivité à l'égard des "petits pépères", les clochards, certainement). Nous repensons à ce jeune homme, toujours parfaitement propre, confronté à un clochard déféquant dans la douche...

Le cas particulier des routards ("jeunes des festivals") étudiés par François Chobeaux (2001, 2004, 2009) met en exergue la tentative de création, illusoire peut être, d'une nouvelle façon de vivre par ces jeunes. Dans cette entreprise, l'autonomie du groupe est visée, revendiquée, inscrite dans la marginalité et démarquée des valeurs culturelles globales.

Nous pourrions dire que schématiquement il en va de même dans l'errance apparente des filles et des garçons, les jeunes filles à la rue se trouvant dans des problématiques psychiques et psychosociales de même nature que les garçons. Nous noterons au passage le manque de places encore plus criant pour elles en structures d'hébergement d'urgence. Plus souvent, elles semblent pouvoir faire recours à l'espoir d'une vie de couple pour se sortir de la galère, avec souvent des choix d'objets répétitivement catastrophiques et des histoires amoureuses tumultueuses et déstructurées, itérativement vouées à l'échec.

Le recours à la maternité peut aussi s'affirmer, souvent dans un certain déni des difficultés propres, la grossesse « choisie » venant possiblement déjouer les aspects négatifs (magiquement) et occasionnant une autre attention de la part de l'environnement social.

Que demandent ces jeunes gens? Ils semblent demander justice et réparation de leur parcours chaotique. Leur attente est forte vis à vis de la société (qu'en face d'eux, nous les adultes nous représentons plus particulièrement certainement), à la mesure de leurs attitudes défiantes. Ils nous montreraient qu'ils ne croient plus en rien: éviter les rencontres, c'est se méfier de ses attentes, de ses espoirs.

Leur tendance est souvent de se poser en situation victimaire, en chargeant les grands responsables de leur déroute (parents, vrais ou substitutifs, éducateurs, ...). Il nous faut bien entendre ce niveau de leur mode de pensée. Il est bien sûr, avec le respect du premier volet, aussi nécessaire de les aider à saisir leur propre implication dans leur parcours. C'est là tâche ardue et délicate : ils semblent partout rétifs à s'amarrer, y compris bien sûr avec nous : notre capacité à contenir est à l'épreuve.

La rencontre demande du temps: les jeunes gens dits en errance, sauf exception, viennent nous voir par épisodes, préfèrent les rencontres informelles (moins codifiées, moins engagées). Est-ce utile? Nous tendons à penser que oui, par l'aspect facilité que nous repérons dans les rencontres ultérieures quand elles existent: "celui-là, il sait quelque chose de moi, il en a entendu et retenu quelque chose". En effet, quand après des mois nous pouvons considérer la nouvelle rencontre comme une "séance suivante", en rappelant au sujet où il en était, ce qui l'animait la fois précédente, quelque chose continue: ce n'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd, le psy n'est pas un panier percé mais quelqu'un qui retient, soit quelqu'un qui ne lâche pas.

Quel but nous donner pour eux, si nous osons cette formulation ?

Souvent, le but assigné aux travailleurs sociaux est celui de l'insertion. Mais de quoi s'agit-il pour ces jeunes, "sans bagage" pour avoir une histoire trop lourde? D'abord qu'ils ne meurent pas, qu'ils puissent trouver réassurance et pensée sur eux-mêmes, qu'ils puissent moins s'attaquer. L'accès aux dispositifs sociaux d'insertion _ au sens de formation par exemple _ est toujours lent, chaotique, mais pas toujours impossible.

Le fait de pouvoir travailler après est une autre histoire qui démobilise avant effort un peu plus… Toutefois, on ne le sait pas à l'avance. Il est nécessaire de respecter le développement et le rythme de ces jeunes sujets, sans trop fortement imposer nos désirs ou modeler les leurs sur nos niveaux d'aspiration propres.

Il faut toutefois clairement regarder quelles institutions pourraient réellement, après la rue et l'hébergement d'urgence, aider leur essor. Elles sont rares: seuls les CHRS[216] proposent quelque chose, mais selon des modèles quelque peu coupés de l'air du temps (on y demande parfois trop aux jeune d'oublier leurs 20 ans : rentrer à l'heure pour ne pas perdre sa place, etc...).

L'errance des jeunes s'explique en partie, se lance en tout cas, par réaction aux modes de vie institutionnelle déjà connus à l'adolescence pour le plus grand nombre des sujets concernés rencontrés à l'UMAPP. La majorité pourrait être attendue comme date à partir de laquelle la liberté de s'essayer soi-même au monde pourra advenir. Comment imaginer, pile à ce moment de passage, de pouvoir ré institutionnaliser des sujets qui précisément désirent idéalement s'en affranchir? Et paradoxalement, comment pourraient-ils se passer de cette aide[217] ayant le mérite immense de leur permettre un certain maintien (plutôt qu'un effondrement) ?

II-3-3 Jeunes en errance : un contre-transfert plus particulier parmi les personnes considérées en errance ?

[216] Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
[217] Même si *La bonne institution* n'existe pas en la matière, jamais d'ailleurs.

Contre attitude angoissée face aux jeunes en errance

Il semble que l'on ne perçoive pas socialement l'errance tout à fait comme une modalité d'être mais plutôt de « non-être » ; elle serait source d'une angoisse singulière pour les individus qui ne l'actualisent pas. Ces jeunes, les voilà qui bougent devant nous (« pour rien » pensons-nous), qui se racontent des histoires (et à nous au passage), qui s'estourbissent avec des activités qui nous paraissent futiles, secondaires, pas sérieuses, sans queue ni tête. Ces vies nous semblent se gâcher d'elles-mêmes sous nos yeux, s'installant à distance du conforme et de l'utile. Nous sommes tous probablement très sensibles à la notion d'utilité sociale: eux peuvent sembler en être privés et nous sommes parfois tentés de penser qu'ils ne tiennent pas à rendre service à la collectivité, venant même par leur attitude, leur look, donner l'impression d'insulter ses manières.

Ces jeunes nous angoissent parce que nous assistons en direct à leur non inscription, à leur non insertion, à leur non affiliation, à leur galère, à leur errance. S'il n'y avait qu'une question de moment, de « mauvais âge », nous serions proches de la contre-attitude agacée mais supportable que nous pouvons avoir, nous adultes, face au désœuvrement transitoire des adolescents, de nos propres enfants à l'adolescence, cet âge du gris de l'expérience de l'ennui selon Véronique Nahoum-Grappe (1995).
Contre-attitude supportable de par l'excuse de l'âge que nous leur accordons dans notre société, de par l'espoir d'un après-coup différent, d'un avenir autre après la période en question : après l'âge bête, demain sera un autre jour.

A tort ou à raison, nous n'arrivons pas à projeter un avenir social *inclus* pour les jeunes en errance. Qu'ils soient punks ou sans signe vestimentaire distinctif : « no future », malgré la promesse de l'âge donc. Nous pouvons douter de leur aptitude à clairement percevoir l'exposition dangereuse de leur positionnement social et humain, « juste au bord du vide», qui, nous, nous alarme et eux pas ou pas toujours, en dehors de moments de tension particuliers dont nous avons parlé précédemment : événements extérieurs accidentels, dépressions, effondrements, crises.

Nous portons [218] le vertige qu'ils ne ressentent pas totalement ou qu'ils dénient? Pourquoi le « choix » de l'errance ?

Souvenir personnel

C'est un peu comme si nous avions le vertige pour eux tandis qu'ils se sentiraient à tort comme des as de la varappe.

En étant jeune, il nous fut donné de faire de l'escalade (dans un cadre associatif tel qu'il ne pourrait plus exister aujourd'hui). Certains participants étaient très calés dans le domaine. Pour autant, il était surprenant et inquiétant au combien de voir arriver deux d'entre eux au milieu d'une falaise difficile sans assurance et joint de haschich à la bouche pour « tchatcher »… à 30 mètres du sol. L'identification à Patrick Edlinger

[218] Au sens de la *souffrance portée,* notion développée par Valérie Colin. Voir notamment : Colin V., Pichon A., Bonneval L., 2012.

(1960-2012) y était pour quelque chose sûrement, identification lointaine, sans son ascétisme et selon un contrôle de soi quelque peu différent probablement… C'est nous qui avons eu peur pour eux, nous qui étions bien assurés !

Ces deux garçons passaient leur vie de lieu en lieu, voyageurs des saisons, spécialistes de la vie non programmée qui, avec la fumée en permanence semblaient aller très bien. Ils avaient « l'amour du risque », peu d'angoisse du danger et du vide, un amortissement de l'angoisse de mort probable.

Commentaire

N'étaient-ils pas dans la négation de l'angoisse de la mort ? Tout ceci n'était-il pas lié au « besoin de traumatisme» adolescent (Guillaumin, 1985) équivalant à une conduite ordalique venant précisément signer la non sortie de l'état psychique adolescent, une affinité maintenue pour l'extrême : ressentir le frisson pour se sentir exister?

Vue depuis ses définitions usuelles, l'errance serait une vie non conditionnée, non programmée, libre et sans but conscient défini, gouvernée par l'improvisation. La vie d'errance serait à l'opposé de la vie (sociale) non errante, ordinaire, qui elle tente au plus d'être prévisible, encadrée, contrôlée, rassurante, constante, qui tente au plus d'écarter l'imprévu et l'angoisse.

Le fond de nos réflexions tient à la compréhension du « choix » que font certains de l'errance. Sachant que l'acception hâtive et presque romantique de l'errance que nous venons de poser[219] n'est pas informative de la matière de la vie errante, ni congruente avec sa réalité brute, notamment telle qu'on l'observe dans les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité: car ceux qui vivent l'errance pleinement, qui l'actualisent dans leur comportement, semblent surtout ne pas pouvoir faire autrement, ne pas avoir pu l'éviter, malgré les mains tendues.

Pour poursuivre la réflexion sur notre contre-attitude au contact des jeunes errants, il nous semble nécessaire de parler de notre perception des jeunes ordinaires, qui ne sont pas en errance sur le plan de leurs conduites et sur la scène sociale.

Qu'est-ce qu'un jeune non en errance?

Un jeune qui n'est pas en errance est un jeune inséré, avec des acquis, des repérages syntones avec et dans la vie sociale, des valeurs standard intériorisées, des aptitudes développées ou en bonne marche de l'être, des expériences menées concrètement et permettant de s'éprouver soi-même (sa compréhension, sa ténacité, sa résistance,…).

C'est un jeune avec une filiation connue, pouvant ou non être conflictuelle, agréable, porteuse, perturbatrice…

Un jeune avec des identifications élargies mises en place depuis l'adolescence et par le travail psychique de l'adolescence. L'adolescence est une période où le jeune va

[219] Voir l'Introduction générale de cette thèse.

normalement remettre en question les identifications de son enfance, le modèle familial et parental, pour s'ouvrir à d'autres possibles, en passant par des identifications plus ou moins transitoires en groupe de pairs puis ailleurs (ceci avec révolte manifeste ou pas). L'adolescence serait l'une des grandes crises existentielles obligées, comme le sont aussi la crise du milieu de la vie [244] et la crise de la senescence.

Un jeune non errant est inscrit dans le temps, dans l'espace, dans un projet qui vient non pas au hasard mais comme un aboutissement social possible des combinaisons antérieures. Il est préparé à devenir « quelque chose », voire quelqu'un dans son monde sociétal. Son temps se développe et ne tourne pas en rond. Il va d'un début à un but. Il est intéressé par un rôle social. Un jeune non en errance fait pleinement l'expérience d'appartenir à son groupe social. Il n'est pas désaffilié, délié des autres, bien au contraire. Il éprouve le pacte, implicite et explicite, de l'être ensemble de son groupe d'appartenance.

Un jeune non en errance connaît les attendus de son monde social et va y adhérer. Y compris s'il tente de se démarquer des façons d'être des adultes, des anciens, des aînés, de les « ringardiser », il épousera pourtant une voie liée à l'inclusion, *fera du hors-piste sans sortir de la station si l'on veut*. C'est un individu suffisamment adapté à son système socio-culturel.

Il a appris, c'est-à-dire qu'il a bénéficié de ce que les autres savaient et qu'ils lui ont transmis pour hiérarchiser de façon standard ce qui est principal dans la vie (le sérieux, l'effort, l'inscription, le respect des institutions, etc…) et ce qui est secondaire (les différentes gammes d'amusement, savantes ou d'accès immédiat). Il sait aussi ce qu'il faut prohiber, ce qu'il ne faut pas faire avec excès.

Celui-là a cru bon de croire ce qu'on lui disait. Sur parole, sur la confiance apportée aux porteurs de savoir, aux « figures d'exceptions » (Lebrun, 2007). Il a pu faire confiance et reconnaître l'adulte positivement. En d'autres termes, il a accepté la castration et pu faire avec cela, en se rendant compte qu'au prix de cette restriction (celle de n'être pas tout puissant mais inscrit dans un groupe d'égaux), on peut trouver un petit bonheur de «non super héros ». Les super héros sont ceux qui font rêver, pas forcément ceux qui réussissent socialement. Il a accepté d'être dans une position de débutant, d'impétrant, de progrès par l'effort avant de savoir.

Sauf certainement en contexte de sociétés en pleine mutation, en crise ou en acculturation active, le jeune non errant va mettre en lui, va intérioriser les espérances et attentes affectives véhiculées par l'environnement sociétal et les actualiser[220] . Il s'agira de faire des rencontres, d'avoir des amitiés, de pouvoir s'ouvrir à la sexualité voire à l'amour, de partager. Arrivera le moment d'une question standard également : celle de la descendance, de devenir parent, etc…

[220] Quoi qu'on en dise nous-mêmes, et même si cela nous déplaît de voir à quel point nous sommes conditionnés par nos appartenances. Voir la partie I de ce travail.

Tous les jeunes nous préoccupent, certains moins que d'autres

Aucun jeune n'est peut-être si rassurant pour les aînés puisqu'on attend de lui « la relève », d'être en capacité de reprendre l'essentiel de ce que l'on a considéré soi-même comme fondamental pour poursuivre sur la trace dont on hérite. Y arrivera-t-il ? Sera-t-il à la hauteur ? Ce que nous attendrions, l'âge avançant, ce serait que les choses perdurent, que la chaîne générationnelle ne se brise pas, que « ça continue », que notre culture nous survive, notre famille, que nos enfants nous ressemblent.
Pourquoi ? Parce qu'ainsi _ Freud (1914) en a parlé il y a un siècle[221] _ la certitude de notre propre finitude (jamais admise sur le plan inconscient qui se concevrait immortel) sera amortie par cette transmission : la vie continue, pour une part grâce à moi, j'y contribue. Et même : une part de moi, à travers l'enfant, par la descendance, sera comme immortelle.

Les jeunes, y compris non errants, peuvent parfois ne pas être rassurés face à cette demande implicite ou explicite qui peut être reçue comme excessivement lourde, impossible, pathologisante (Guyotat, 1980).

L'angoisse de la mort et le sens de la vie

L'angoisse de la mort est présente pour nous tous et *La frayeur d'exister* (Corcos, 2009) est bien celle de devoir se munir d'une condition _ la vie _ à propos de laquelle, au fond, on ne sait rien sinon qu'elle passe... Les fous sont ces individus qui essaient de trouver leur propre cheminement dans ce maelström, quasiment hors inscription; ils tentent de résoudre les choses à leur manière sans personne. Chacun crée le monde mais certains plus que d'autres : les psychotiques n'admettent pas facilement un ordre dont ils ne seraient pas les inventeurs ou les priorités. Les psychotiques aussi sont face à la mort, y compris lorsqu'ils la dénient du mieux qu'ils peuvent en s'offrant un monde délirant « plein comme un œuf ».

Nous aussi, mortels, passons notre vie à dévier ce qui est déplaisant, ce qui est angoissant, ce qu'on ne comprend pas, ce qui fait problème. Ce n'est pas qu'une improvisation : c'est le propre d'une culture de viser à sa propre conservation et à protéger ses ouailles en expliquant le monde pour elles, avec ses mythes, ses rituels et croyances[222].

Notre angoisse face à la mort est, notre vie durant, aménagée largement par notre enveloppe culturelle. Elle n'est que partiellement amortie de la sorte[223].

Les jeunes en errance, comme tous les errants dont le comportement d'errance est manifeste, actualisent pour nous tous ce qu'on ne préfère pas percevoir de la vie : qu'elle ne vaut peut-être rien de plus que ce qu'on lui prête, que le sens qu'on lui donne, qu'on lui fabrique... D'où un contre-transfert d'angoisse puisant au plus profond, une contre-attitude très défensive qui doit être travaillée pour éviter le rejet.

---

[221] « Pour introduire le narcissisme », in *La vie sexuelle*, pages 81-105.
[222] Voir le premier chapitre du présent travail.
[223] Ce qui fait dire à Woody Allen : « Tant que l'homme sera mortel, il ne sera jamais décontracté ».

Addendum avec Olivier Douville

Olivier Douville pose les jeunes en errance comme des sujets suffisamment mortifiés par des expériences relationnelles catastrophiques qu'ils ont « préféré » fuir , qu'ils ont dû fuir : Il parle de *la fuite d'un non-lieu* dans lequel les autres ne les auraient jamais considérés comme sujets désirants. Ils seraient aussi face à nous inquiétants, contretransférentiellement, de par l'attaque qu'ils réservent à leur corps sans qu'il s'agisse d'automutilations, ni de conséquences dépressives. « Il semblerait plutôt que le corps en grande errance soit dissocié de tout imaginaire glorieux ou esthétique et que les pulsions ne soient plus limitées par un strict bord anatomique » (2012a, p. 173). Plus loin : « La négation de tout existant a le plus souvent marqué la vie de ces sujets. Nous ne pouvons lutter contre cette négation, en guérir le sujet, si nous la considérons comme totalement triomphante. Notre clinique est aussi et avant tout celle de la résistance du sujet » (Op. Cit. p. 175).

Il offre ce passage sur le contre-transfert, dans le même texte : « En face de tels patients, nous ressentons comment la désespérance se traduit par des attaques (formes d'attente) envers l'événement que constituent la musique, les scansions et le pouvoir d'évocation de la parole humaine. C'est aussi parce que l'auto-exclusion dont parlent, chacun de leur façon, Furtos (2004) et Roussillon (2001) se prolonge d'une récusation de l'Autre, dans un climat sensitif et potentiellement persécutif, donc. *On le dira autrement, l'auto-exclusion comporte cette simplification mortifère de l'accroche sociale, dans laquelle et par laquelle, le sujet réduit au plus élémentaire de sa structure, rencontre non la bienveillance de l'autre mais sa cruauté première.* D'où ces balancements si aisément observables entre des grandes phases de repli et d'effondrement psychiques et des accès de colère, parfois maniaque, venant menacer, injurier, frapper cet Autre qui a si mal foutu le sujet et lui a tant fait violence, *le condamnant à ce paradoxe de ne plus résider que dans la scène de l'obsène* (Duez, 2003 ; 2004). L'histoire de la personne, sa précarisation croissante, explique en bonne part ce mode d'adresse et ce fond de repli mélancolique, mais chacun y rejouera des cartes psychiques anciennes, parfois trop vite dérobées, souvent encore illisibles» (Op. Cit. p. 177).

II-4 Les errants contraints: les demandeurs d'asile à la rue et dans l'urgence sociale

Nous donnons cours maintenant à une clinique que nous ne nous attendions pas à trouver initialement à la rue: celle des personnes exilées, en demande d'asile ou déboutées sur le territoire français. Nous avons beaucoup appris de ces patients très souffrants sur la guerre, les traumatismes intentionnels, voire sur les horreurs génocidaires, les dynamiques de survie d'une part et d'autre part sur les effets délétères des démarches incertaines visant l'obtention de permis de résidence et de leurs aléas : attentes inanimées, dynamique psychique en jachère errante et angoissée.

Nous avons développé pour ces patients des manières de pratiquer l'aide psychologique ou la psychothérapie en fonction de leur traumatisme, de leurs stress incluant leur « névrose actuelle ».

Cette connaissance pratique, acquise progressivement par l'expérience, et théorique nous a fourni la possibilité d'une mise en exergue d'éléments utiles de comparaison avec l'errance intéressant notre recherche.

II-4-1 Considérations sur l'état de l'accueil des demandeurs d'asile depuis 15 ans en France depuis l'observatoire d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

Dès la création de l'UMAPP en 1999, nous avons été surpris par le grand nombre de Demandeurs d'Asile pris en charge uniquement par le filet social s'adressant aux plus démunis. Au début des années 2000, il n'existait que peu de places en CADA en Haute Normandie. En 2016, malgré plusieurs centaines de places créées, nous rencontrons toujours autant de D.A. en centre d'hébergement d'urgence, *quand ils y arrivent enfin*. Car la plupart des primo arrivants (hommes seuls surtout) demeurent littéralement à la rue, restant des mois durant dans le système plus précaire encore que l'ancien, celui du « one one five », le 115, autorisant ces temps derniers trois nuits toutes les 10 nuits en structure. Ils se réfugient dans la salle d'attente des Urgences de l'hôpital qui les tolère (de mauvaise grâce) pour la plupart de leurs nuits. Ces patients passent leur nouvelle vie à être épuisés et insécurisés.

les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité sont bien placées pour savoir que la grande précarité, ne permettant ni le repos ni la sécurité, est productrice de souffrance psychique et d'effets traumatiques qui font que la vie d'après la rue (si elle se présente, y compris quand les conditions matérielles s'améliorent), en reste fortement imprégnée: la clinique en question est marquée par l'attaque du sentiment de continuité de l'existence, par la méfiance et l'inconfiance fondamentale en l'avenir, en l'autre, en soi et *la possible fascination après-coup pour la dépersonnalisation de survie, cette expérience pouvant après-coup rester comme hypnotique pour le sujet lui-même.*

Le temps de l'accueil nous semble plus cruel aujourd'hui qu'il y a 10 ou15 ans.

Disons ici quels sont les parcours dramatiquement traumatiques qui motivent l'exil des Demandeurs d'Asile (Jan, 2006). Venant dans l'espoir de trouver sécurité, accueil sinon attention après avoir connu l'effroi de la menace de la mort, ils accèdent au contraire au niveau d'accueil décrit et à cette nouvelle exposition (tout à fait scandaleuse) en France. Tout se passerait dans une parfaite méconnaissance de ces fragilités, voir dans leur banalisation ou leur déni (Jan, 2013b, 2013c).

Le fait d'être extrait des situations dangereuses du pays ne guérit pas directement : c'est bien là aussi la spécificité des pathologies liées aux traumatismes que de durer psychiquement encore (voire pour toujours) après l'arrêt de l'événement réel. La clinique des grands traumatisés étrangers ouvre aussi au fait que, si ces migrants sont loin de la source de leur souffrance, ils ont encore des proches qui y sont en plein :

malgré l'éloignement, on y est encore par procuration. Après le risque pour sa propre vie, enduré personnellement, le sentiment de précarité de l'existence est accentué par la peur pour autrui.

Les psychothérapies engagées avec eux sont saturées par ces événements et constituent ce que nous nommons des *« thérapies événementielles ».* C'est le cas de cette patiente qui apprenait la mort de deux de ses enfants au pays alors qu'elle l'avait fui pour survivre elle-même, ou encore le « régime » que se réserve cet homme en France incapable de manger lui-même en sachant ses enfants sans suffisante nourriture[224].

Ajoutons que ces prises en charge amènent à faire fonctionner de nouvelles analyses pragmatiques du sujet par rapport à son pays où il a pu subir des traumatismes intentionnels par exemple, à son régime et à son histoire politique. C'est en ce sens notamment que Françoise Sironi (1999 ; 2007) parle de *thérapies intellectuelles*, ne visant pas directement la décharge affective.

Parallèlement au non hébergement de plus en plus répandu et à sa banalisation, il faut mettre en avant l'approche toujours radicalement suspicieuse des instances décisionnaires (OFPRA, CNDA[225], Préfectures notamment) et leur sévérité (environ 78% de déboutés à la fin des démarches en France en 2013).

II-4-2 Les CADA, Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

Dès l'arrivée, un contrat doit être signé par les Demandeurs d'Asile stipulant qu'en cas de non obtention des papiers en fin de procédures (OFPRA, CNDA), ils s'engagent à quitter le Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile dans les brefs délais impartis. Idem d'ailleurs s'ils obtiennent gain de cause. Sans bien comprendre dans ce temps de début de séjour si souvent déréalisant, les gens signent. C'est plutôt après le refus de l'OFPRA (près de 90% des cas) qu'ils réalisent avec vertige leur précarité dans le pays qui sera (très) éventuellement pays d'accueil pour eux.

Précarité vertigineuse en effet, avec le sentiment parfois physiquement ressenti d'une perte d'équilibre, de repères allant avec la question : mais que fait-on si c'est non ? Que devient-on ? Si les officiers de l'OFPRA et les intervenants de Justice de la CNDA n'accréditent pas toujours leurs dires, eux-mêmes savent pertinemment ce que serait pour eux le retour : la mort, le non espoir, le désespoir absolu (Roussillon 2008a et 2008b). Précarités et souffrances cumulatives.

En admettant qu'à la « seconde chance », au moment du recours devant la CNDA, le sujet n'obtient pas de statut, il va recevoir une *Obligation* à quitter le territoire Français (qui n'est plus une *Invitation* comme il y a quelques années) et devrait quitter son CADA le cas échéant. Mais pour où ? Les places en CHRS ne s'obtiennent qu'après des mois d'attente, voire des années! Il n'y a pas de place dans le système

[224] Pour plus d'exemples cliniques, notamment Jan, 2012b.
[225] Office Français Pour les Réfugiés et les Apatrides et Cour Nationale du Droit d'Asile.

d'hébergement d'urgence. Par obligation, les déboutés restent dans les CADA. Pour contrer le phénomène, les sorties sont directement contrôlées par les préfectures qui savent exactement combien de « personnes indues » restent dans les Centres. Un système de « punition » est prévu (moins de financement) pour les mauvais gestionnaires : c'est dire quelle haute considération est allouée au travail (social) en ces lieux.

Ces usagers, devenus *mésinscrits* (Henri, 2013) et *indésirables administrativement*[226], vivent sous la menace de l'expulsion vers le Centre De Rétention (CDR) avant le grand retour. Notons qu'au bout du compte, rares sont les opérations de police directes en la matière. Quand elles se produisent, elles sont très déstructurantes pour les personnes ainsi brutalement mises à l'écart : nous en avons échos par des sortants de CDR qui, n'étant pas expulsables in fine pour telle ou telle raison, n'en perdent pas moins leur repère fixe en France au profit d'une nouvelle errance, obligatoire, subie. Seuls les expulsés des Centres d'Hébergement d'Urgence ont une chance de retrouver leur place : comme s'il valait mieux ne pas trop avoir pour ne pas trop perdre ? Une logique qui valoriserait la précarité par les logiques de bout de chaînes…

Ne pas quitter le CADA, c'est éventuellement parce que d'autres démarches visant aussi l'obtention d'un statut (par changements familiaux, demandes préfectorales pour raisons de santé/vie privée et familiale) sont en cours. On ne peut plus mener en même temps la ligne OFPRA-CNDA et les démarches préfectorales. Pourquoi, sinon pour rendre les choses toujours plus fastidieuses, voire pour décourager, pour signifier plus fortement encore : *vous n'êtes pas les bienvenus?*

II-4-3 La vie ici après l'incertitude

En admettant les cas des élus, nous pouvons souvent constater que leur vie ne reprend pas si simplement un tour optimiste ou authentiquement ordinaire. Nous n'y insisterons pas mais ne l'omettons jamais. *Rien n'est simple après le pire, malgré les apparences normalisées et les adaptations superficielles, nécessaires au maintien mais insuffisantes à l'authentique bonne santé psychologique* (Jan, 2006). Le chapitre de la précarité se rajoutant à la précarisation par le désordre traumatique subi se poursuit sur/par les souffrances des enfants, quand enfants il y a. Ce volet reste fort mal connu et notons que n'existe pas d'Equipe Mobile à l'adresse plus spécifique des enfants.

II-4-4 Le Care et l'aide psychologique dans ce moment de «coincement externe»

Les grands traumatisés, l'étant doublement avec les conditions de leur arrivée dans la grande précarité sur le territoire (IE sur le trottoir) français, nous amènent en tant que cliniciens à les accueillir avec égards. Nous pouvons mesurer leur perplexité face à cela, forts de notre connaissance de leur parcours en France, forts de nos rencontres

[226] Pour leurs accompagnants sociaux, il s'agit plutôt d'un crève-cœur.

nombreuses avec eux, forts de notre travail commun avec les travailleurs sociaux qui les accueillent[227].

Ne plus rien avoir à proposer que soi dans le travail social est une notion connue depuis le rapport Strohl Lazarus (1995); ne plus pouvoir donner de soi en est une autre, fort vivace semble-t-il dans l'actualité des institutions s'occupant de l'urgence sociale et de la population des migrants demandeurs d'asile ou déboutés du droit d'asile.

Dans ce contexte, les psys que nous sommes interviennent dans un rapport direct, essayant de porter l'espoir[228] sans déni de réalité tant avec nos collègues du social qu'avec nos patients. Avec les uns et les autres, nous nous positionnons souvent en autorisant la critique du système de l'accueil, en permettant aux patients de parler et de leur passé, et de leur quotidien. Nous les aidons à dénoncer les perversions subies (dans les cas de tortures intentionnelles subies par exemple) et ne les détrompons pas lorsqu'ils pointent le négatif leur étant adressé par la société actuelle. « On ne veut pas trop de nous ici, c'est ça » disait justement une patiente venue d'Afrique.

Le type de suivi psychologique qu'il est possible de proposer en pareille circonstance correspond, comme mentionné précédemment[229], à ce que nous nommons « thérapies événementielles » du fait de la poursuite au pays de passages à l'acte atteignant directement les patients par personne interposée, malgré leur fuite. Elles obligent à aménager notre cadre de travail pour pouvoir accueillir ces nouveaux traumatismes : pouvoir les transformer en matière « parlable », pouvoir décortiquer les logiques des agresseurs (Sironi, 1999). Il y est aussi question de la place engagée du thérapeute pour la défense de son patient quand il accepte d'écrire des certificats qui seront utilisés dans les méandres de leur demande d'asile (Jan, 2013a). Ces prises en charge, lourdes, nous obligent à avoir une réflexion double, sociale/anthropologique et clinique, des situations. Notre partage quotidien en équipe des moments chocs, une part de militantisme professionnel et une mise à jour perpétuelle de nos connaissances en la matière nous aident à tenir notre rôle. Un autre aspect de ce qui nous aide vient certainement aussi du fait de *faire savoir ce que l'on observe de notre place de clinicien,* en visant la fin de l'indifférence, le maintien de la bienveillance, le respect des dignités, et que ces valeurs demeurent simplement habituelles.

II-4-5 Les déboutés du droit d'asile

Nous venons de voir que l'arrivée en France des demandeurs d'asile[230] relève d'un parcours particulièrement incertain. Régulièrement (environ 78% des cas), les actes dystones allégués par les personnes concernées ne sont pas retenus comme relevant

[227] En filigrane, nous voyons à quel point le travail social est ici en difficulté, faute de lieux/places d'accueil. Nous voyons quelle est la souffrance psychique des travailleurs sociaux des Centres d'Hébergement d'Urgence qui ne peuvent accueillir plus longtemps les migrants dont ils voient l'état.
[228] Dimension phorique ; voir à ce propos l'article de Sophie Barthélémy (2015).
[229] Partie II-4-2.
[230] De plus en plus depuis le début des années 2000 (Jan, 2013b ; 2013c).

des critères de la Convention de Genève, même si les exactions ou tortures mentionnées ne sont pas remises en question par l'OFPRA ou la CNDA.

Nombreux sont les candidats à la vie en France qui sortent déboutés de leurs démarche sans pour autant choisir de revenir dans leur pays d'origine, assimilant retour et mort certaine souvent. Dans ces conditions, seule la clandestinité s'offre à eux, avec obligation de vigilance et de précarité permanentes. Les personnes concernées deviennent alors des « sans-papiers », « sans titre de séjour».

Insistons sur le fait que, dès lors, la vie déjà réduite sur le temps de la demande d'asile, le devient bien plus gravement encore: il s'agit maintenant d'une vie *désinscrite et non plus mésinscrite*, officieuse. Il ne s'agit pas d'une inexistence ou d'une errance vraie pour autant puisqu'un espoir plus ou moins précis persiste en eux et qu'une organisation minimale est requise.

Epuisés, abattus par l'atteinte de l'espoir, les déboutés s'engagent dans une nouvelle aventure singulièrement périlleuse et frustrante, une course de fond difficile à orienter, parfois difficile à comprendre pour l'interlocuteur s'il ne prend pas en compte la notion d'une *trajectoire de survie qui se poursuit*. C'est avec la certitude de la mort en cas de retour, avec la conservation de l'effroi en eux vis-à-vis du passé, qu'ils agissent dans ce « choix » dangereux qui s'impose à eux comme une obligation interne.

Dans cette catégorie de la population migrante, un pourcentage s'organise pour s'inscrire dans une vie discrète, non officielle et non inscrite dans la société, parallèle, avec l'aide de personnes (de même communauté souvent, même si les solidarités de ce type ne permettent guère le sentiment de sécurité, de stabilité)[231].

D'autres ne réussissent pas à bénéficier de tels appuis et ont à trouver des solidarités de nature différentes. Ils se montrent alors particulièrement dépendants de certaines structures qui continuent *pour l'heure*[232] de pouvoir les accueillir, telles les Centres d'Hébergement d'Urgence.

D'autres encore ne sont plus en capacité pour ces deux options et semblent ne pouvoir éviter la décompensation vers l'auto-exclusion et la vie sans demande, installée à la rue, la clochardisation. Ce type de cas est repéré par les Equipes Mobiles parisiennes surtout.

[231] Un exemple littéraire de ce type de trajectoire dans *Tea bag*, roman d'Henning Mankell (2007).

[232] Car les possibles sont de plus en plus limités par l'inflation restrictive des textes de loi concernant ces migrants sans titre, considérés comme évoluant indument sur le territoire français… et devant être découragés ? Notamment pour l'accès aux soins: l'accès à la Couverture Médicale Universelle devenant Protection Universelle Maladie depuis janvier 2016 serait fermé deux jours après la notification du refus de l'asile.

Mohamed

L'exemple, névrotique, de **Mohamed** est atypique mais nous semble intéressant à mentionner, au regard du lien thérapeutique longtemps maintenu avec lui. Nous le rencontrions dans un Centre d'Hébergement d'Urgence où il vivait depuis 3 ans à notre première entrevue. Très constamment souriant, il présentait à 26 ans un visage prématurément vieilli. Algérien francophone, il était très jeune professeur d'anglais (langue qu'il parle parfaitement) avant son départ du pays lié aux attentats des années 90.

Mohamed a connu une enfance marquée par l'abandon paternel. Son père l'aurait laissé enfant au village, en Kabylie, avec sa mère et sa petite sœur, en maintenant un lien sans chaleur : aucune visite, quelques dons à la mère pour le maintien des enfants, pas de lien personnalisé. Mohamed n'a pas été reconnu par son père. Au village, marginalisé de ce fait, il vivait avec sa mère dépressive et sa grand-mère, dans des conditions précaires. Mohamed avait pour lui l'amour de l'école, de la radio, puis de l'anglais par la BBC, « la radio de la résistance » (sic). Nous nous sommes rencontrés en anglais[233], langue tierce pour l'un et pour l'autre et malgré sa totale maîtrise du français. Les choses s'engageaient ainsi après que Mohamed nous entende échanger dans cette langue avec une autre personne. Par intérêt pour l'anglais, pour montrer sa compétence sans doute, sans enjeu d'abord, comme un amusement. Mohamed excellait tandis que nous ne brillions guère, devenant notre « professeur » autant que notre interlocuteur. Nous ne perdions pas de vue qu'il entrait sur ce mode dans un travail, avec l'installation hebdomadaire de ce petit rituel, de cette demande. Entrée en matière absolument pas anodine au regard de l'histoire se découvrant peu à peu de ce jeune homme avec son père.

Avec les années de plomb, il était confronté à Alger comme dans l'immédiat voisinage de Tizi Ouzou aux exactions sanglantes et à leurs effets : « faux barrages, vrais massacres ». Il estimait avoir perdu une part de lui avec cette ambiance de « mort au bout de la rue », en restant « un peu bizarre » pouvait-il ire. Des amis enseignants ou intellectuels avaient péri, « ça aurait pu être moi ». Menacé de mort (en tant que laïque militant de la cause berbère), il décidait de venir en France et de demander l'aide de son père, lui aussi professeur de langue. Le lien ne prenant pas malgré les circonstances, il décidait de se passer de cet accueil (« je le gênais »), préférant « galérer », préférant l'urgence sociale et vérifiant, à proximité, l'absence de relance vers lui du père. N'obtenant pas l'asile, il décidait de se terrer et d'attendre. Il y a quelques années, le fait de pouvoir attester d'une installation en France permettait, après dix années, d'obtenir un statut (il n'en va plus exactement ainsi). Mohamed se voyait renoncer « sept ans encore », en vivotant au foyer, en se contentant d'une attente, de l'exercice de l'anglais par l'écoute de la BBC, en pratiquant le Slam, en passant le balai dans la cour. Il évitait au plus de sortir de son lieu d'hébergement, supportant beaucoup des autres dans le collectif. Dans tout cela, quelques rares

[233] Mohamed nous entendant parler à une autre personne en anglais dans un couloir engageait la conversation. De l'intérêt de ce travail de *présence sur les lieux du social* et de celui d'une forme de « jeu » admis par le clinicien avec un peu de souplesse pour toute entrée en matière.

nouvelles de sa mère, de sa famille : « je leur réponds toujours que ça va, on ne dit jamais quand ça ne va pas chez nous ». Sur le plan psychique, cet homme sans demande semblait garder son but des dix ans comme unique objectif (« la vie va reprendre après ») et ne se montrait pas cliniquement dépressif. En jachère, en standby, entre deux existences, dans un lieu qui peut avoir une familiarité avec l'univers carcéral (barreaux aux fenêtres, portes blindées, cour intérieure…). Il ne se plaignait pas des cauchemars qu'il pouvait nous raconter en riant et comme en passant, relatifs toujours aux débris humains des attentats, à la pulvérisation brutale de l'existence. Les éléments traumatiques étaient chez lui évidents, abordés selon le mécanisme de la dénégation. Jusqu'au jour où il se « réveillait » un matin sur le toit d'un immeuble voisin du centre, au bord du vide, un événement inexplicable selon lui, somnambulique et effrayant. Ce « bord du vide » nous semblait cependant assez significatif de son intériorité psychique du moment : vide familial, vide de présent, absence à lui-même…

L'événement colorait autrement les rencontres de semaine au foyer[234], les transmutant en réels entretiens cliniques, dans notre langue commune désormais (l'anglais ne devenant qu'anecdotique, ponctuant parfois ses propos : « that's all », « last but not least », …). Apparaissaient des émotions, des expressions de déceptions vis-à-vis de l'enfance, le retour d'images de carnages, les liens entre l'avant et l'après, un travail vis-à-vis des images parentales, une révision des liens et une tentative de compréhension de l'attitude paternelle (sans pardon) en même temps que le maintien de l'absolu : attendre le jour de la libération après « la peine » : « il n'y a rien à faire. Après les 10 ans, oui. Là, je dois attendre » (sic).

Tout plutôt que le retour. La non-vie plutôt que le risque algérien (alors de moins en moins probant, ce qu'il savait pertinemment avec les heures quotidiennes qu'il passait collé au poste de radio). La frayeur interne maintenue ne semblait pouvoir s'affirmer que par nos mots sur son mal, de séance en séance, sans continuité (« quand tu n'es pas là Olivier, je pense à rien »). Anesthésie aussi de la souffrance d'abandon par le père. Après environ 3 ans, Mohamed commençait à se lier avec des animateurs du lieu, à devenir leur ami. Il rencontrait une jeune femme dans ce cercle et remettait en question son attente. Il décidait, après plusieurs mois de réflexion, de revenir en Algérie, avec le projet de s'y marier avec son amie. Nous avons su qu'il était parti avec elle à Alger.

Commentaire

Plus de 6 ans avant de repartir pour Mohamed, avant de renoncer au projet initial de vie en France et de ne plus renoncer à une vie réellement en mouvement, en projection. Le travail psychologique engagé, pensons-nous, a été l'un des éléments ayant permis l'hypothèse de renaissance algérienne pour Mohamed, outre bien sur les changements apparus dans la société rendant moins probable la menace. Ces années dans l'urgence sociale, l'inconfort, la précarité, la grande pauvreté, ont-elles été

[234] Mohamed refusait de venir à l'UMAPP, toujours par crainte d'être arrêté ; les entrevues étaient plus brèves qu'en « contexte de bureau », soit d'environ 20 à 30 minutes.

gâchées? Nous ne le pensons pas. D'une part, la venue en France, aussi frustrante soit elle dans son parcours, a peut-être autorisé le fait de rester en vie pour Mohamed, il s'agissait pour lui d'une conviction. D'autre part, elle semble avoir eu pour lui, outre la survie, le deuxième sens d'un voyage névrotique. Sans le travail psychologique, il aurait simplement vérifié la confirmation du délaissement paternel. Avec, il s'autorisait une relecture complexifiée de l'ensemble de son existence, de celle des parents, de leurs liens à eux. Le départ du village a pu aussi être vu comme une autonomisation vis-à-vis du féminin familial (dévorant par son malheur), admissible pour la survie et début d'une autre dynamique pour le sujet[235].

II-4-6 Introduction à la notion de dynamique de survie à partir de la clinique des étrangers gravement traumatisés rencontrés à l'UMAPP sur le temps de l'urgence sociale

Les demandeurs d'asile portent en eux une histoire désolée qui justifie leur effort de déracinement, leur périlleux voyage jusqu'aux pays occidentaux, la rupture avec leur monde antérieur devenu, par le fait d'intentions humaines négatives, hostile.

Au début des années 2000, l'arrivée importante en Seine Maritime de ressortissants rwandais nous a donné l'occasion d'entendre des situations extrêmes (le génocide d'avril à juillet 1994 et ses suites), parmi les pires que nous ayons eu à connaître certainement. Quelques-uns, suivis par les soignants de l'UMAPP, ont accepté d'en témoigner, la capacité de parole retrouvée, et ont collaboré au documentaire sonore de Laure de Vulpian *« Rwanda, un génocide oublié ? Un procès pour mémoire »* en 2003[236]. C'est avec eux d'abord que nous avons découvert cliniquement ce que nous allons maintenant exposer. Après les premiers patients de ce type, beaucoup d'autres leur ont succédé venant de nombreux autres pays dérégulés ou en guerre, réservant intentionnellement à une part de leurs ressortissants la torture (Sironi, 1999), le traumatisme, la terreur et la mort. Les dynamiques de survie sont des mécanismes psychologiques qui se mettent en place en situation d'exposition vitale (Bruno Bettelheim, 1979). Le sujet ne choisit pas de les actualiser : au contraire, ils s'imposent à lui comme par « réflexe », c'est-à-dire hors pensée. Les pulsions à l'œuvre relèvent de l'autoconservation, ramenant le sujet à une centration sur lui-même, non pas au sens du Moi mais de celui du besoin primaire, de « vivre encore ».

Ces mécanismes de sauvegarde personnelle peuvent être tout à fait dérangeants, *incompréhensibles après-coup,* en contradiction avec ce qui ferait d'ordinaire «l'homme civilisé » et ses codes sociaux et moraux, avec son Surmoi comme avec ses idéalisations. Sauvés d'une situation très grave, certains peuvent déclarer du fait même de leur activation et de cette découverte de ce fonctionnement en eux, le regretter, supportant après-coup un sentiment particulièrement négatif d'eux-mêmes.

[235] Ces éléments ne résument évidemment pas à eux seuls le cas de ce jeune homme.
[236] Réalisé par Medhi El Hadj, mk2, France Culture.

Alain Ferrant (2000) a étudié *l'organisation de survie*, au travers de l'œuvre de Primo Lévi, Georges Semprun, Robert Antelme qui ont été directement confrontés à l'expérience de survivre à l'épreuve des camps de concentration. Il décrit tout à fait, à partir des récits de ces auteurs, « la renonciation à l'identité » (Devereux, 1967) comme mécanisme nécessaire et après-coup parfois inassimilable *malgré la capacité de témoignage,* comme le montrerait le suicide de Primo Lévi ou celui de Bruno Bettelheim. Survivre, c'est *vivre encore malgré des conditions (externes) hostiles remettant en question la vie radicalement*. Nous écrivions en 2007[237] que survivre, c'est « vivre avec une pauvreté identitaire ».

L'expérience clinique des migrants gravement traumatisés depuis plus de 15 ans nous permet de livrer ces éléments, toujours à l'œuvre en pareil cas: le fait que sur le temps de la survie, les patients ont tous renoncé à leurs souvenirs positifs (source de trop grande souffrance par trop grand décalage avec l'actuel). Dans cette ligne, les sujets évitent, sur le vif de la survie, de se questionner sur le sens de la vie hic et nunc et sur l'identité (qui suis-je, que suis-je en train de devenir). Ils se sont tous engagés dans l'action, malgré l'épuisement. Celle-ci consiste en un rétrécissement sur le primordial, le vital absolu. L'objet de l'attention est réduit au besoin primaire. Il ne s'agit pas de déplorer l'état du monde en ces instants mais de l'intégrer tel qu'il apparaît pour s'y adapter au plus. Le ressenti et l'affect sont anesthésiés. Tout se passe comme si dans ce type de moment, si le sujet n'est plus vivant tout à fait comme antérieurement, il doit se rassurer lui-même de ne pas être anéanti. *Le mouvement,* même stérile, serait très utile en cela : je bouge donc je vis en quelque sorte.

Nous allons voir avec le cas de **Baptiste** que le *syndrome du survivant* n'est pas que syndrome post traumatique de culpabilité mais aussi syndrome identitaire, de métamorphose identitaire (Nathan, 1986) : le sujet ne s'explique pas, ne comprend et n'admet pas spontanément comment il a pu ne faire que pour lui, viser sa propre survie. Le fameux « syndrome des survivants » correspondrait précisément à l'ensemble des réactions possibles après cette phase de survie, plus complexe qu'un ressenti de culpabilité et de honte.

Etre passé par ce type d'événement ouvre définitivement à l'expérience d'une étrangeté, celle de « l'altérité de soi » en quelque sorte : « quelque chose » en soi supplanterait ainsi le Moi conscient/construit, prendrait le pas en faisant fi de ce que l'on croyait définitivement être, de ce que l'on vivait comme fixé. L'étrangeté s'étend aussi à l'autre, à la confiance qu'on peut lui léguer. Le sens positif de la vie est profondément remis en question. Alain Ferrant le dit autrement : « On peut passer des logiques de vie aux logiques de survie, on peut s'adapter aux pires conditions environnementales, *l'inverse n'est pas vrai. On ne retraverse pas, ou pas complètement dans l'autre sens*[238] *».* Ferrant, en suivant l'exemple de la vie dans les camps, pose : « la force de ce qui a été vécu au sein du camp semble avoir rendu caduque toute autre épreuve de réalité ». Autrement dit, l'exposition à la libération des

[237] Jan O. (2007) « Au-delà du pire, que reste-t-il de vivant ? », Vie Sociale et Traitement, N°96, CEMEA/érès, page 61.
[238] C'est nous qui soulignons.
[265] Opus cité, 2007.

pulsions extrêmes (généralement contenues par les défenses personnelles et la culture, par les défenses attendues culturellement), amène, en cas de survie, à une nouvelle manière d'être, amputée de la naïveté, de l'insouciance, de la capacité de confiance. Cette notion nous semble particulièrement juste cliniquement. C'est ce que montrait l'exemple de Balthazar, patient rwandais à partir duquel nous avions écrit l'article « Au-delà du pire, que reste-t-il de vivant »[265]. C'est aussi ce que semble avoir actualisé Anne-Lise Stern, auteure du « Savoir-Déporté » (2004) : ne jamais vraiment sortir du camp.

Le cas de Baptiste

Baptiste est dans un état de grande agitation à notre rencontre dans le Centre d'Hébergement d'Urgence où il est parfois accueilli : arrivé récemment sur le territoire français, il n'accède à cette mise à l'abri que quelques nuits par quinzaine. Fatigué, il accepte de nous rencontrer. Nigérian, anglophone, Baptiste semble partiellement déréalisé : Il sait intellectuellement où il est, il n'est pas désorienté dans le temps et l'espace, mais semble peiner à intégrer sa situation, ce qu'il fait vraiment ici, ne comprenant pas cette arrivée, ces lieux : la rue, l'urgence sociale, les autres hébergés du lieu, la galère dehors... Sa situation au pays était confortable. Il commence à en parler et se décrit : 35 ans, chrétien, père de famille, ancien grand sportif, travailleur apprécié pour son implication à la tâche, marié à une femme aimée, entouré de liens familiaux et amicaux solides… Il ne semble pas comprendre comment, avec tous ces étayages, il a pu se produire ce qu'il a subi si brutalement[239].

Son seul tort aurait été d'habiter une maison dans le quartier d'une grande ville, très convoité par de grandes compagnies immobilières. Son terrain, cette terre, il la tenait de sa famille, bien patrimonial ancien. « On » lui aurait proposé de la lui racheter, ce qu'il n'acceptait pas : sa famille et lui-même y vivaient bien, après avoir construit l'habitation avec parents et frères. Il recevait anonymement des menaces mais n'en tenait pas compte.

Le soir de Noël cette année-là, ses deux enfants, sa femme et lui se préparaient pour la messe de minuit. Ils étaient interrompus par des hommes armés cagoulés faisant irruption et tirant avec leurs armes en direction de Baptiste qui réussissait à sauter par la fenêtre et à fuir dans le bois voisin, à immédiate proximité. Malgré les coups de feu, aucune intervention de police, aucune manifestation du voisinage. Les agresseurs violaient l'épouse devant les enfants. Baptiste, incapable de mouvement, entendait avec effroi les cris de sa femme, les pleurs de ses enfants, les propos injurieux des agresseurs, leurs rires, leurs hurlements, leurs tirs inopinés. « Ce n'était pas possible, ce n'était pas possible. Encore je me dis ça, je me dis que ce n'est pas vrai, tout ça. Je ne crois pas vraiment. Comment c'est possible, ça ? Je crois que je vais me réveiller mais non ».

A leur départ, il trouvait sa femme inconsciente, très gravement blessée sur le plan gynécologique, ses enfants choqués mais physiquement indemnes. L'appel de la

[239] Ce qui est le cas pour de nombreux nigérians plus particulièrement, qui ne semblent pas mesurer l'état de déstructuration de la vie sociale dans leur pays jusqu'au jour où ils en viennent à subir eux-mêmes les effets de cette dé régulation.

police restait vain comme les SOS adressés aux voisins, « mes amis », sans effet («ils avaient tout éteint »). Il réussissait à emmener sa femme ensanglantée et sans connaissance à l'hôpital voisin où en premier lieu on lui demandait d'avancer en cash les frais des premiers jours de soins « sinon ils ne commencent rien »… La plainte à la police n'amenait aucune protection ni enquête. En ressortant du poste, il apprenait que son père venait d'être assassiné par les mêmes individus. Il décidait de confier le sort de ses enfants et de son épouse à sa belle-famille (il saura en arrivant en France qu'ils trouvaient refuge « au fond du bush »).

Ce récit, le patient a pu le produire dans un état émotionnel de plus en plus lâché (larmes, cris, tapant du poing sur le mur…), au sein même du Centre d'Hébergement. A l'issue de cette séance inaugurale particulièrement éprouvante (pour lui, pour nous), le patient se montrait littéralement guéri de son agitation psychomotrice. Nous le revoyions le lendemain « en conditions de bureau » à l'UMAPP. Il abordait son incapacité à trouver le sommeil, sauf par épuisement et, là aussi, la nuit était interrompue par le cauchemar itératif reprenant le menu des événements de la nuit de Noël jusqu'à la découverte de son épouse.

La dimension abordée immédiatement ensuite, dans le discours reprenant de Baptiste, était celle de sa culpabilité. Lui n'a rien eu, survivant sauf de l'affaire et maintenant, qui plus est, en sécurité plus grande à des milliers de kilomètres…

Baptiste ne se pardonnait pas ce qu'il considérait alors comme sa lâcheté, sa fuite, son attitude de poltron, lui un homme fort : comment a-t-il pu laisser les choses se faire, comment n'a-t-il rien tenté pour la sauvegarde des siens les plus proches ? Le fait face à lui de dénoncer la perversion de la situation, de pointer l'aspect inique des événements vécus, de préciser le réflexe de survie faisant voler en éclats les attendus culturels (protection des femmes et des enfants ici) a permis un soulagement à Baptiste. Progressivement il en venait aussi à une lecture critique de la société _ la sienne _ en incapacité d'intervenir, suffisamment déstructurée pour que des contrats de ce type puissent se produire (souvent), suffisamment dérégulée pour que la vie humaine soit déconsidérée, suffisamment mercantile pour que les soins soient fonction de la caution en monnaie, que la police soit corrompue à grande échelle… Cette contextualisation nous semble toujours totalement devoir, en pareil cas, appartenir *aussi* à l'espace thérapeutique[240].

II-5 Alcool, addictions et gens de la rue

Les addictions, et l'addiction alcoolique en premier lieu, mènent une quantité importante de personnes à des pertes successives (travail, liens maritaux, familiaux, logement…) occasionnant leur dégringolade sociale et leur arrivée au plus bas, à la rue (Jean-Paul Descombey, 1985). Nombre de personnes clochardisées ont été, *apparemment,* normalement insérées, ce qui ne veut pas dire forcément « normalement structurées » sur le plan psychique. Elles se seraient abimées par l'alcool

[240] C'est aussi l'opinion de Françoise Sironi (1999 ; 2007).

et/ou autres addictions jusqu'à ce point. En fin de parcours, leurs seuls liens constants et aliénés sont ceux qu'ils nouent avec leur produit psycho actif, ce drôle d'objet.

Ce chemin n'est évidemment pas le seul à mener à la très grande désocialisation. Sont d'importance les conditions de vie que la rue réorganise vers du « moins », avec une perte, relative ou marquée, de l'identité antérieure. Certains SDF, arrivés sobres dans l'exclusion (ils existent), risquent fort de se trouver happés par le recours brutal et quasi obligé à des substances psycho actives, celles-ci venant d'abord soulager la souffrance de ce vécu : pour ne plus le voir clairement, pour le supporter, aussi par contagion comportementale des compagnons de misère, « camarades » par la force des choses, non choisis[241].

Il serait question ici de survie, de survie psychique. Les drogues tuent mais permettent d'éviter le suicide immédiat, permettant, à leur prix, que la vie dure encore. Freud, lui-même grand fumeur (Lesourne, 1984), utilisateur de cocaïne (Eyguesier, 1983) en certaines époques de sa vie, expliquait bien dans *Malaise dans la civilisation* paru en 1929, que l'homme, qui qu'il soit, utilise nécessairement, pour faire face à sa difficulté existentielle, des « briseurs de soucis » : « L'action des stupéfiants est à ce point appréciée, et reconnue comme un tel bienfait dans la lutte pour assurer le bonheur ou éloigner la misère que des individus et même des peuples entiers leur ont réservé une place permanente dans l'économie de leur libido. On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur. On sait bien qu'à l'aide du « briseur de soucis», l'on peut à chaque instant se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité. Mais on sait aussi que cette propriété des stupéfiants en constitue précisément le danger et la nocivité » (page 23). Dans les conditions extrêmes que l'on aborde ici, de manière certainement bien plus radicale encore…

Se proposent de nombreux produits à la rue : l'alcool bien sûr, ce qui est évident dans une société aussi alcoolisée que la nôtre (Le Vôt-Ifrah , Delaine, 1989). Mais aussi des produits illicites, allant des « choses à fumer » aux « choses à s'injecter ». Le trafic de médicaments est aussi très répandu au ban social: hors prescriptions, les traitements psychotropes détournés de leur usage médical et mélangés notamment à l'alcool sont très couramment consommés, amenant à des tableaux graves et précoces de détériorations des fonctions supérieures. Ce sont surtout les gens jeunes qui s'y consacrent, visant souvent la défonce, risquant leur vie (certains d'entre eux en meurent : plusieurs cas de jeunes de moins de 25 ans ces dernières années à Rouen). Ces conduites génèrent de fortes angoisses chez les travailleurs sociaux et les soignants pouvant avoir à les rencontrer, à les aider. Ceci est abordé précédemment dans le présent travail à propos des jeunes en errance[242], mais l'angoisse dont il est question peut exister à propos de nombreux sujets moins jeunes et fortement orientés vers une destruction personnelle active. Si ces conduites se retrouvent dans la population générale, nous pouvons dire qu'elles se concentrent

[241] Voir dans cette thèse la partie II-1--1, L'intime de l'être dans le vivre à la rue.
[242] Partie II-3--2, Psychopathologie des jeunes dits en errance.

gravement dans les rangs des personnes les plus marginalisées, étant souvent les plus désespérées sur le fond (au sens d'une dépressivité constante).

La question des soins est fort complexe à la rue, à tout niveau, mais plus particulièrement peut-être en ce qui concerne les soins psychiques (psychologiques et psychiatriques) et les soins visant les addictions. Seul le partenariat semble pouvoir aider à entamer des démarches, pour certains, leur permettant de stopper leurs addictions durablement (Kurt), de nuancer, de rester dans des tentatives itératives, dans un entre-deux permanent (Vanil).

Le cas de Kurt : sortie d'alcool et de rue d'un ancien clochard

Kurt est un homme parfaitement insupportable dans le Centre d'Hébergement d'Urgence où il dort depuis plusieurs années : le matin, il hurle, sans aucune patience, pour sortir au plus vite après son lever et son déjeuner, pour boire. Le soir, il hurle aussi, totalement ivre, insultant (tous) les autres.

Kurt a environ 50 ans. Sa grande barbe couleur sel, si souvent associée à la sagesse de l'expérience[243], habille chez lui la révolte, manifestement bouillonnante. Il boit énormément.

Kurt ne nous demande rien, strictement, mais commence à souffrir excessivement : il ne peut plus manger sans rendre son repas, il s'inquiète et fréquente de plus en plus l'infirmerie du Centre. La relation qu'il noue à l'infirmière est une relation de confiance. Elle lui recommande d'arrêter de boire mais aussi de rencontrer un psychologue du fait d'un syndrome dépressif et d'une anxiété permanente, d'un tourment se transformant vite en agressivité. Il n'imagine pas pouvoir arrêter l'alcool : toutes ses tentatives furent vouées à l'échec jusqu'à présent.

C'est ainsi que nous faisons connaissance de Kurt. Il parle le français avec un fort accent étranger, étant d'un pays d'Europe du nord, mais nous nous comprenons suffisamment pour des échanges de bonne tenue. Il est physiquement handicapé, gravement puisqu'il a été amputé il y a plus de 10 ans des deux pieds (suites d'alcoolisation et gel des membres inférieurs). Il est inquiet pour sa santé : il explique être pris pour la première fois de son existence par la peur de mourir et par un sentiment dépressif. Une crise du milieu de la vie particulière (Jaques, 1979) irait avec cela ?

Kurt n'est « pas bavard » (il dit cela de lui dès que les attentions pourraient se diriger vers de l'intime) sur le fond de sa personnalité. Il évoque par contre avec beaucoup de facilité la rue, sa vie à la rue. Musicien de trottoirs auparavant, il n'aurait plus réussi à vivre de cette manière après avoir eu une main cassée. La manche est son activité principale, il en parle comme d'un métier.

Kurt aurait débuté sa vie dehors vers 14 ans : il se serait enfui, aurait fugué de chez ses parents à plusieurs reprises. Il ne nous dira jamais les raisons de sa dernière fugue se transformant en départ définitif. Rencontrant des saltimbanques, il apprenait avec

[243] Xavier Emmanuelli lui-même évoque cette image d'épinal barbe blanche = sagesse dans son interview intégrée au film de Philippe Masse *Les passeurs de soins* de 2013.

eux à chanter, à jouer d'un instrument, à survivre dans les villes. Un peu plus tard, il profitera du mouvement hippie pour fréquenter les communautés, disant là aussi avoir beaucoup appris, avoir rencontré beaucoup de gens très différents, cultivés, etc… C'est aussi dans ces lieux qu'il sombrait plus gravement dans les consommations fortes de stupéfiants, intéressé par les effets psychédéliques, puis dans l'alcool. Sa marginalité s'accentuait, se trouvant mis en marge des groupes de ce type. Il devenait zonard, musicien itinérant, puis perdait ses pieds. Il n'évoquait guère cette mutilation, ce changement de l'image du corps. Il ne parlera jamais avec nous du fait d'avoir eu des prothèses dans un premier temps, d'avoir été appareillé. Impatient de quitter le milieu hospitalier (après un temps significatif), il abandonnait toute prise en charge et retournait à « sa vie », à la rue. C'est à Rouen qu'il devenait clochard.

Dans les circonstances des rencontres au centre d'urgence, nous le disions, Kurt ne demandait rien. Il semblait apprécier que nous puissions parler de lui avec l'infirmière. Il nous a semblé d'ailleurs pouvoir représenter tous deux, sans lien avec nos âges réels, un couple parental substitutif pour cet homme à ce moment de sa vie. A l'une de nos permanences, il se présentait à nous en expliquant qu'il souhaitait « maintenant » arrêter l'alcool, « tout de suite ». Nous pouvions ce matin-là l'emmener directement, avec un collègue cadre infirmier, en alcoologie. En arrivant dans le service, les soignants le reconnaissaient : dans le passé, après un passage aux urgences, il avait été orienté ici pour un sevrage mais il avait dû être expulsé après deux jours du fait de son caractère infect. « Non, pas lui ! ». Nous passions un accord avec ce service, en assurant que nous viendrions le voir tous les jours, qu'il pourrait être transféré en service psychiatrique le cas échéant.

Le sevrage se déroulait bien, le patient se montrant bien disposé. Il était aussi d'accord pour être hospitalisé 3 mois en service de suite, avec une indication de rééducation fonctionnelle pour qu'il soit re-verticalisé et qu'il puisse faire usage de ses prothèses. Nous étions étonnés, à l'une de nos visites, de le voir debout, si grand. Sa sortie était prise en charge par un service social connexe à l'Hébergement d'Urgence, par des travailleurs sociaux rompus à un public très précaire. Il arrivait dans un petit meublé. Nous lui rendions visite. Kurt était très fier de pouvoir nous offrir un « bon nescafé ». Nous étions tout à fait surpris encore de remarquer la faculté recouvrée d'organisation de ce patient, après tant d'années d'exposition. Sorti de l'ornière alcoolique, il retrouvait des désirs, des souhaits et une idée organisatrice : il ne pourrait jamais se passer de la rue, qui l'avait fait tel qu'il était. Comment faire ?

D'abord, revoir les amis, qui n'en sont pas : « aucun n'est venu me voir. Je leur dirai toujours bonjour mais je ne partagerai plus avec eux comme avant ». Ensuite, trouver une activité possible et utile. La solution lui était donnée par le fait « d'être riche » : avec ses arriérés d'Allocation Adulte Handicapé, il décidait de commander un orgue de Barbarie, des cartes mécaniques, d'apprendre les chansons et de faire la manche. Et effectivement, il s'associait dans le centre-ville avec un petit manège pour enfants, travaillait régulièrement et gagnait de l'argent tout en restant dans la rue…

Il louait dans la suite un appartement dans le parc locatif ordinaire. Dès la chose faite, il prenait avec lui un chien de compagnie. Nous cessions de le suivre environ à ce

moment. Il avait réussi à stabiliser son humeur en consultant sur notre conseil un certain psychiatre. La suite de ces transferts favorables a été intéressante pour lui.

Nous avons su que Kurt avait réussi à retourner voir sa mère et sa sœur. Se seraient ensuite produites bien des péripéties dans sa vie, notamment dans ses attachements affectifs, dans ses projets (refaire la route en achetant un camion conduit par un ami, tout en gardant le pied à terre installé)…

Commentaire

Dans le cas de cet homme, pas d'abandon de soi authentique, pas de réelle auto exclusion : la pulsion de vie s'est trouvée rassérénée, mais elle était présente : enfouie mais non disparue. *Kurt n'était pas, de ce fait, un clochard type, malgré les apparences, sans désir, sans attente, en errance*.

Concernant l'aide psychologique, nous voyions ici que nous avons agi par bienveillance, dans le care plus que dans le cure. Notre travail a eu des *effets thérapeutiques* sans qu'il s'agisse d'un travail psychologique classique. Nous avons accepté le transfert, y avons répondu avec constance, avec lien (l'infirmière, les services hospitaliers, le psychiatre, les travailleurs sociaux), souci de continuité.

Les addictions se traitent la plupart du temps selon le modèle de l'abstinence[244], de la disparition du symptôme-consommation. En population générale, l'expérience montre déjà la grande difficulté que cela représente pour des patients a priori pourtant plus compliants, mieux insérés et entourés.

Avec la population SDF, la difficulté est accrue. Ce d'autant que les changements de milieu (sortie de l'hébergement d'urgence pour une vie plus stabilisée) ne sont pas évidents. L'expérience du retour, sobre, dans les mêmes milieux très exposés représente une épreuve quasiment invraisemblable de difficulté: l'alcool, les produits sont partout, mais aussi la puissance désespérante de la misère humaine concentrée. Vanil (dont le cas est exposé longuement en partie III) a plusieurs fois été dans cette situation d'un retour, soigné, dans l'hébergement d'urgence, le propulsant vers la reprise intempérante quasi immédiate …

La rechute est rarement évitée dans de telles conditions, malgré la poursuite possible des consultations chez les soignants (qui ne pèsent pas toujours la réalité hors norme et particulièrement violente des conditions de vie de ces patients). Par ailleurs, les jeunes gens plus encore peut-être, ne sont guère séduits par l'idée d'une vie sans une goutte d'alcool. L'alcoolisme, les consommations de psychoactifs, sont à considérer (au moins par les psychistes) comme des symptomatologies devenues des *défenses externes* pour leurs utilisateurs (Descombey, 1984). Externes au sens où ce ne sont pas les sujets qui fabriquent eux-mêmes leur symptôme (comme c'est le cas dans les névroses et les psychoses) : ici, ils utilisent avec excès une conduite existante dans la

[244] Seul socle solide en l'état des connaissances à ce jour dans la lutte contre les addictions, malgré la découverte des effets du médicament distribué sous le nom de Baclofène par exemple?

culture et devenant leur principale source de défense (prisme déformant) pour leur lecture du monde et d'eux-mêmes.

Venir ôter cette défense externe n'est pas sans risque et certains s'en trouvant démunis peuvent être tout à coup plongés dans des états psychiques graves tenant par exemple de la mélancolie ou d'états d'angoisses autorisant des raptus, notamment auto-agressifs. Là encore, un accompagnement vigilant s'avèrerait nécessaire.

II-5-1 Eléments à considérer pour l'aide au contrôle ou à l'arrêt des addictions pour les personnes relevant de la grande précarité

Les problématiques de compensation sont à prendre en compte. Les « addictes » sevrés éprouvent un état de vide qui renvoie peut être pour tous à leur ancienne et fondamentale incapacité à être seuls, à leur « errance » maximisée sans la présence d'autrui, à leur dépendance (organisationnelle au moins) à ce tiers. L'ennui, chez eux, ne semble pas pouvoir s'aménager et existe un appel à l'activité (forcenée souvent et espérée utile) après l'interruption de la consommation.

Quels sont les lieux sociaux pouvant apporter cette attention, répondre à ce besoin ? La substitution médicamenteuse en effet (et qui n'existe pas pour le produit alcool à ce jour) ne remplit pas ce vide-là.

Autre point : l'aide des groupes d'anciens buveurs ou anciens toxicomanes est connue et reconnue pour le maintien de l'abstinence[245]. Il serait justifié que les candidats SDF à l'abstinence puissent prétendre y accéder aussi. Cependant, y compris sans alcool, sans drogues, les SDF continuent de se vivre marginaux, différents, exclus et ne peuvent avec facilité s'identifier et se mêler à des gens ordinairement insérés. Ils conservent en eux bien souvent une forme de rejet social (des fois acquis depuis l'enfance, depuis toujours, fonction de parcours personnels douloureux, catastrophiques, n'ayant pas permis moins de haine).

L'idée de groupes d'abstinents « anciens de la rue » nous semblerait pertinente, à la difficulté près du montage de tels dispositifs (il faut déjà être organisé psychiquement pour s'organiser en groupe et admettre certaines identifications, ici plus qu'ailleurs bien souvent déniées). A la condition d'une aide par des professionnels des champs concernés (addictologie, psychologie, psychiatrie, travailleurs sociaux accompagnants), une telle expérience pourrait être tentée, restant aussi à évaluer.

II-5-2 Accueillir avec l'alcool en institution : l'exemple de l'URAS, Unité de la Reconquête de l'Autonomie Sociale, à Rouen.

[245] Les services de médecine leur ouvrent leurs portes avec moins de réticence qu'il y a une vingtaine d'années (Jan, 1989). A moins que cette « ouverture » des services médicaux ne trahisse un abandon des questions psychologiques à des leviers non universitaires : c'est le penchant que nous retrouvons dans l'esprit de l'emploi de travailleurs pairs dans le monde du « housing first » (Girard, Estecahandy, Chauvin, janvier 2010) modèles importés du monde anglo-saxon et laissant le pouvoir médical strictement dominant.

Les parcours existentiels et psychiques des gens à la rue présentent toujours ou presque des aspects nous semblant "tordus", étranges, difficiles à cerner. Au-delà de ce que l'on peut observer d'eux ("la vie pour rien", sentiment contre-transférentiel déjà abordé dans ce travail, laissé par l'aspect appauvri et redondant de leur quotidien), on oublie parfois, face au désastre qu'ils actualisent pour des individus socialement ordinaires, l'existence de leur intériorité, aussi abîmés soient-ils. Une pensée persiste chez eux, des aspirations, soit une vie psychique, dont la nature peut être variable. Même si l'alcool met le besoin à la place du désir si souvent. Pas complètement. Jamais toujours totalement. Les liens sont pour la plupart fort complexes et malades, depuis leur origine : combien de personnes gravement précarisées sont issues des anciennes DDASS[246], ont eu des parcours orchestrés par l'Aide Sociale à l'Enfance plus ou moins réussis ? Le maître mot pourrait être ici : l'abandon.

L'expérience de l'UMAPP montre qu'il est très peu aisé de venir en aide aux jeunes gens qui revendiquent leur sortie des dispositifs susnommés dès leur majorité gagnée, pour s'engager dans des complications de vie déjà germinatives avant leur 18 ans mais catastrophiquement agies tout à coup. Sans bagage, ils se présentent au ban social, dans le recours aux services d'hébergement d'urgence. Très rapidement, ils se confrontent au sort de ceux qui n'ont pas réussi, les cancres sociaux : clochards et autres, leurs aînés dans la galère, anti-modèles[247].

Nombre d'entre eux se trouvent happés, selon une logique sociale très fonctionnelle, par ce vertige de l'échec, par l'accroche aux valeurs dangereuses : l'alcool, les substances psychoactives, la désocialisation, les actes antisociaux. Il s'avère difficile de les aider, nous l'avons dit, sur le temps de la jeunesse : pleine expression de l'alcool et du groupe, de la défense par la fuite, le déni, le recours aux artifices masquant mal _ mais certainement nécessairement _ les abysses[276].

A quoi sert psychiquement l'alcool (Jan, 1989)? Au détournement, à l'oubli. Il permet aussi de continuer à vivre, redisons-le, *en prolongeant l'état de crise sans réelle remise en question de la profondeur souffrante*. Ce serait un moindre effondrement ? Boire dans la rue, ostensiblement, en groupe, l'alcool unifie aussi l'ensemble des buveurs dans une illusion groupale qui s'amplifie par le produit, par sa réalité. L'individu ici est « comme les autres » (il boit), et en même temps affiche son opposition sociale par l'excès de cette posture sur la scène de la rue. («comme tout le monde, un peu plus que tout le monde »). L'alcool devient le pôle réorganisateur de la vie et de l'identité (néo -et pseudo- liens, besoin partagé).

Eloge de l'entropie?

La grande précarité vieillit et fatigue prématurément, précocement. Comme l'alcool, qui lui est si rarement dissocié.

Le vieillissement d'un grand précaire est tel que la quarantaine apparaît comme la soixantaine avancée dans nombre de cas, avec dysfonctionnements graves du corps

[246] Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.
[247] Voir partie I-7 notamment.
[276] Voir partie II-3.

et du cerveau. Avec marques. Il s'agit d'une population vivant en sur morbidité et en surmortalité (Mercuel, 2012), nous en avons déjà parlé. Ces individus, très marginaux, semblent inaptes à accepter quelque "installation" dans des liens vrais et porteurs. Le dépit œuvre, aidé par la souffrance indicible, accompagné par l'attrait inconscient pour le négatif. Est-ce toujours le cas après 20 ans de galère ? D'autres dynamiques sont-elles possibles après le temps de l'exposition totale ?

L'expérience pionnière de l'Unité de la Reconquête de l'Autonomie Sociale à ROUEN, restée très peu réitérée ailleurs[248] , semble le montrer.

Un changement est possible pour des personnes restées toujours un peu en contact avec des institutions et des "gens normaux", professionnels notamment. Il n'en est pas de même pour les grands solitaires, les grands isolés anachorètes enfermés dans une forme d'autisme, à l'alcool solitaire, psychotiques souvent. Les premiers ont toujours plus ou moins compté sur l'aide et n'ont pas refusé l'appartenance à un ou plusieurs lieux de référence, comme l'accueil d'urgence de nuit. Egalement parce que l'on ne demande pas aux sujets candidats à l'URAS de renoncer à leur défense principale (externe) qu'est devenu l'alcool.

Sur la notion de défense externe : l'alcool n'est pas produit comme un symptôme psychique : il appartient au monde réel, sociétal, culturel. Dans une société fortement alcoolisée comme la nôtre, l'alcoolisme prend la forme d'un modèle d'inconduite, d'un désordre ethnique (Le Vôt-Ifrah,1981; Jan, 1989).

Tout se passerait comme si la société proposait à tout individu psychiquement souffrant: "ne deviens pas fou, mais si tu le deviens, alors voilà comme il faut t'y prendre". Rappelons que la logique des *désordres ethniques* est exposée par Devereux dans son texte « Normal, Anormal » (1956).

L'alcool fournit, entre autres choses, un filtre extraordinairement puissant pour anesthésier le rapport au réel, au corps, aux autres, au socius. Toute la population de l'URAS a une expérience de la vie à la rue. Venir vivre dans cette institution n'est pas tout à fait changement de milieu ainsi : le compagnonnage institutionnel se produit avec d'autres personnes (écorchées) connaissant des parcours proches. Il est peut-être rassurant de ne pas être "le plus quelque chose" d'une institution…

Deux exemples cliniques : le cas d'Archi et celui de Benoît[249]

Archi

Le cas de cet homme n'illustre pas particulièrement la question de l'accueil avec l'alcool, puisque Archi est un buveur non excessif, mais plutôt le cheminement effectué depuis une longue vie dehors et en hébergement d'urgence jusqu'à l'arrivée dans un foyer tel que l'URAS, l'entropie aidant. Archi dort de longue date en foyer d'urgence,

[248] Malgré sa pertinence et l'intérêt porté par quelques officiels dans le début des années 2000. Il semble difficile de comprendre comment une façon de faire devient ou non un modèle, une expérience pilote inspiratrice, pour une époque…

[249] Nous rapprochons l'exposé de ces deux hommes avec celui de Vanil, que nous trouvons détaillé plus loin dans ce travail. Dans ce dernier cas, l'URAS n'a pas (encore) été un recours suffisant pour permettre une stabilité.

marche chaque jour probablement plusieurs dizaines de kilomètres, ouvre la plupart des poubelles qu'il croise sur son chemin, y récupère rarement des objets, semble s'y nourrir en journée. Il marche seul et militairement. Des espions sont à ses trousses, son monde est fait d'une hostilité subtile et constante. L'entier du monde est interprété fonction de ses convictions. Dans la rue, chacun repère immédiatement son étrangeté et change de trottoir.

Pendant plus de 15 ans en Centre d'Hébergement d'Urgence, il semble repéré et toléré par tous. Pourtant, qu'entend-il des autres? Que partage-t-il? On le voit partir, rentrer le soir. Il peut demander du papier pour écrire, mais généralement se débrouille pour trouver un support : une affiche froissée et coupée, un bout de carton. Son écriture est excessivement petite, dense et étrange, restant parfaitement absconse, mélangeant codes chiffrés, néologismes. De loin en loin apparaît un personnage humain, plus rarement une personne manifestement connue de son quotidien : un animateur du centre. Archi écrit comme il parle, c'est-à-dire qu'il délire verbalement et par écrit. L'ambivalence psychotique détermine sa relation à l'autre. Quand il rencontre un psychologue, dans un couloir, il ne se plaint de rien, dévidant dans ces moments furtifs son discours hermétique, abstrus, sans souci particulier d'interrogation, sans "demande" psychologique bien sûr, sans tentative d'explication sur son propos quand nous lui faisons remarquer notre difficulté à le suivre. Le même peut aussi violemment nous éviter, nous repousser, en hurlant « pousse-toi!», en semblant nous craindre… Et nous serrer la main une prochaine fois sans plus de continuité.

Archi est un « évadé de Sainte Anne », comme le dit un travailleur social qui a noué une certaine relation avec lui de longue date. Il a été hospitalisé en milieu spécialisé mais a rompu et s'est installé à Rouen, dans les mêmes conditions des années durant. Il peut se dire lui-même schizophrène. Sa famille, frère et sœur, sait où il vit et comment. Il ne demande pas à avoir contact avec eux mais il sait qu'ils s'informent sur lui, ce qui ne semble générer aucune réaction affective.

La rue fatigue et l'âge avance. Dans un article paru en 2004[250], nous évoquions le cas de cet homme en notant ceci : « Pas de demande, sauf pour ses pieds. C'est récent. Depuis peu, il accepte de montrer ses blessures à l'infirmière du centre d'hébergement d'urgence. Il accepte les soins pour les membres inférieurs. Nous évoquons son cas de loin en loin dans le foyer, tous avec le sentiment "qu'il en aurait bien besoin" (des soins psychiatriques). […] Il n'est dangereux pour personne, toléré par tous. Quoi proposer? Et pourquoi ? ». Nous ajoutions, en conclusion (page 63) : « (Pour nous) […] rien de significatif ne se produit. Mais de son côté, que se passe-t-il lorsqu'il accepte de nous parler dans le couloir du Centre? Il sait que nous appartenons à une équipe psy. Que nous échangions ou non, il sait que nous venons chaque semaine, que notre venue est acceptée a priori par les garants de ce lieu où il dort, et par d'autres usagers de la structure. Il a probablement compris que la chronicité de son état ne nous alarme pas, même quand il nous rappelle qu'il est schizophrène. Ce qui serait

[250] O. Jan, « Psychotiques à la rue. », *VST - Vie sociale et traitements* 3/2004 (n° 83), p. 55-63

alarmant serait plutôt qu'il ne puisse plus se maintenir. La relation et ses contours favoriseront peut-être alors la possibilité d'un soin consenti ».

La durée dans notre poste à l'UMAPP nous a permis de voir, comme en études longitudinales, certaines évolutions individuelles. Parfois, nos pronostics favorables ont été gagnants, parfois ce furent les plus péjoratifs qui l'emportèrent… Pour Archi, nous semble-t-il, ce fût l'hypothèse positive, donnant raison au travail de proximité et de partenariat incarné[251].

Depuis 2004, Archi s'adressait de plus en plus à l'infirmière du centre pour ses pieds, en souffrance à cause de ses longues marches journalières. Plus de contacts et moins de sorties, expliquées par les douleurs. Un peu plus de liens en restant dans le lieu d'hébergement plus souvent, avec d'autres interlocuteurs : le chef de service, nous-mêmes, plus d'animateurs…

Un matin de nos permanences, Archi hurlait sa douleur depuis sa chambre[252]. Nous nous rendions à son chevet, le chef de service et nous-mêmes. Archi se plaignait de cette douleur devenue insupportable sous ses pieds. Nous lui disions qu'il était temps d'aller à l'hôpital, ce à quoi il s'opposait. Après un moment de « négociation » où nous affichions notre certitude de l'hôpital comme seule issue, nous lui annoncions que nous l'attendions dans la voiture. Chaussures à la main, Archi nous rejoignait, fermait lui-même la portière, insistait à dire qu'il ne voulait pas de l'hôpital. Il était clair que ce serait l'hôpital psychiatrique, de plus. Nous restions avec lui pour son admission[253] au service porte, puis nous le visitions régulièrement dans son service de référence où il restait plusieurs mois.

Le fait que le médecin s'occupant de lui se passionne pour son cas a été une chance supplémentaire pour Archi. Ce patient n'était pas un inconnu pour le psychiatre en effet puisque journellement, il le voyait depuis sa voiture le long de la route et restait intrigué par ce personnage aux allures folles immanquablement au « rendez-vous » de ce bord de route…

Archi, fatigué, soigné, en venait à accepter tout à fait ce nouveau foyer, l'URAS, avec des anciens de la rue. Il y vit encore aujourd'hui, s'étant trouvé un rôle utile à l'accueil. Qui aurait pu l'imaginer ?

Stabilité et soins, comme sortie de rue, ne veulent pas dire sortie d'état. A quelques reprises Archi a connu des épisodes délirants de persécution plus forts, institutionnellement impressionnants (surtout pour qui ne l'avait pas connu « avant ») ayant nécessité derechef des passages en hospitalisations.

[251] Voir partie 1-B-4 et 1-B-5 dans le présent travail.

[252] Chambrée commune à l'époque : six lits. Il y a dans le même espace aujourd'hui quatre box privatifs dénommés « chambrettes ».

[253] Les schizophrènes sont généralement facilement admis en psychiatrie, contrairement aux dépressifs par exemple, même s'ils sont clochardisés. Voir sur ce point les parties I-5-2 et III.

Benoît

Cet homme est un intermittent de l'hébergement d'urgence. Son cas interroge les notions de vécu d'ennui, de fugue et d'errance (voir partie II-9 et II-11 de cette recherche). Il paraît quelques mois dans le monde de l'hébergement d'urgence, en disparaît quelques mois. Il est un personnage connu des personnels de l'aide sociale aux plus démunis tout en restant insaisissable, secret, présent-absent. On le sait toxicomane, il n'en parle pas. On le sait alcoolique, il n'en dit rien. On le voit se dégrader, on lui annonce des pistes thérapeutiques, il s'éclipse.

Nous le rencontrons à un moment spécial de sa vie, proche de ses 45 ans, et suivant l'inquiétude des travailleurs sociaux, puis de l'infirmière du Centre d'Hébergement d'Urgence. En effet, Benoît souffre d'une pathologie grave du pied[254] nécessitant des soins d'ulcérations, avec menace de perte d'orteils. Benoît accepte d'entendre les soignants, se fait hospitaliser en soins généraux mais fugue du service et revient quelques mois après avec la même pathologie, aggravée. Il semble globalement indifférent à son problème, *à moins qu'il n'en fasse, en présence d'autrui, un problème intellectuel :* alors, il comprend, il admet, il va faire attention et se soumettre… Mais seul, il escamote l'entier de tout ceci et s'abime. Parfois il s'évade littéralement des lieux de soin.

Puis, le handicap prenant le dessus avec le temps, il « commence » à souffrir en continu (formulation certainement problématique). Il ne peut plus marcher, doit restreindre son périmètre et se soumettre à une oisiveté dans le centre en journée, sans échappatoire. Il ne fait rien, semble s'ennuyer et c'est sur ce point d'abord que nous serons amenés à parler ensemble. L'avantage de la situation va à son pied : un pansement par jour, un temps d'échange privilégié avec la soignante et une relation porteuse. Notre sentiment est que le patient se fait soigner de par cette relation à une personne soignante, incarnée, qui lui manifeste de l'attention quotidiennement, qui soutient l'effort à fournir de sa part.

Benoît a les mains gonflées des anciens injecteurs de Subutex[255]. Il ne semble plus consommer de drogues dures, à part l'alcool[256]. Il s'enkyste dans une vie sans joie, sans intensités, apparaît déprimé.

Après plusieurs mois de soins en Centre d'urgence (aménagés pour qu'il puisse rester en journée), le sujet est orienté vers l'URAS. C'est alors que ce projet est en attente que nous réalisons une salve d'entretiens avec lui. Il parle d'une voix faible, semble fatigué et interrogatif. Il peut dire qu'il ne « comprend pas sa vie », qu'il « ne peut plus faire comme avant », qu'il n'a « rien construit » : « je n'ai rien », dit-il, ce qui peut se comprendre comme le constat allant avec « n'avoir rien fait de sa vie », autant que

[254] Le pied ou « l'appel du pied » est le point commun des deux vignettes de ce chapitre. Notons que Jean-Pierre Martin souligne que l'une des entrées pour s'occuper des problèmes psychiques reste, à la rue, les difficultés ou plaintes somatiques (Jean-Pierre Martin, 2011).

[255] Nom commercial de la Buprénorphine, prescrite médicalement comme un traitement substitutif pour les personnes pharmacodépendantes aux opiacés.

[256] L'alcool est classé parmi les drogues dures en effet par l'Organisation Mondiale de la Santé.

«n'en rien sentir » (IE rien à voir). Nous percevons chez ce sujet cette possibilité de double ressenti perdant/gagnant.

Benoît réussit à parler de sa vie antérieure comme d'autres diraient de leur jeunesse (lui ne le dit pas). Elle ne consistait pas en une *dolce vitae*, loin de là : depuis l'adolescence, Benoît connaît les psychoactifs illicites, toutes les drogues et surtout les dures. Il les a consommées avec un frère, mort d'une overdose quand il avait 25 ans, avec une sœur, avec des camarades de sa banlieue, dont une partie n'a pas survécu à ces prises. Il a connu des états en trop et en manque, à plusieurs reprises. « Je ne suis pas passé loin ». Des sevrages, il en a réalisés quelques-uns. En prison surtout. Il estime avoir passé presque la moitié de sa vie depuis sa majorité en prison du fait de ses cambriolages (« cambriolages par escalade souvent, je prenais des risques, surtout en manque »).

Il était «voleur », explique-t-il, non par vice mais par nécessité, pour se procurer ses doses. Benoît n'apparaît pas sous le jour d'un psychopathe, malgré sa longue collection de délits : ses passages à l'acte ne seraient pas véritablement inscrits dans le triptyque défi/déni/délit. Il aurait vécu chez des amis, avec des copains, dans des squats, n'aurait eu que quelques mois un logement personnel à une sortie de prison. Nous comprenons qu'il n'aurait guère connu de relations amoureuses, que ses amitiés gravitaient autour du besoin de produits. Il se trouve aujourd'hui parfaitement seul, isolé. Quelques liens familiaux existaient il y a encore quelques années, moins de 10 ans, avec une sœur (« elle, elle va bien »).

Ses liens (familiaux) l'auraient peu conduit à se construire dans l'inscription sociale ordinaire. Benoît, dernier garçon d'une grande fratrie, vivait son enfance dans une atmosphère familiale troublée, violente : le père, grand alcoolique, battait sa femme et ses enfants. La mère, elle aussi alcoolique, déménageait avec eux dans une banlieue où Benoît passait le plus clair de son temps dehors, avec ses camarades.

Dès le collège, soit juste après la séparation, il explique qu'il ne supportait plus l'autorité. Il ne se montrait pas agressif, « jamais », pas arrogant, pas provocateur ou indiscipliné, non. Simplement, il partait, se gommait : effacement au profit de « l'école bat' », c'est-à-dire l'école buissonnière. Seul ou avec quelques autres. Il sait lire, compter, écrire, pense qu'il aurait pu faire mieux scolairement mais que son caractère « instable » l'aurait emporté. Est-ce à dire angoissé ? Nous lui suggérions cette formulation : « maintenant je vois ce que vous voulez dire, à ce moment-là non. Je ne pouvais pas rester, c'est tout ».

Nous remarquons une constance chez Benoit : l'aspect taciturne de son humeur, son caractère silencieux, retiré, peu enclin à la conversation, « taiseux » mais aussi sans joie ni peine. S'agit-il du reflet d'une forme d'anesthésie interne, de retrait (partiel) du monde et de lui-même sur le mode de l'auto-exclusion?[257]

Fugueur du milieu scolaire, non du milieu familial apparemment. Il aurait été repéré pour cela par les autorités, en venait à faire quelques années en foyer, mais s'enfuyait

[257] J. Furtos (2008), voir partie II-2-2.

et finissait par revenir chez sa mère. « Non, les foyers, ça n'a pas marché, je suis resté instable comme ça après ».

En effet, Benoît semble en être resté à une vie très semblable à celle de sa préadolescence jusqu'à présent. Il ne nous confie rien sur ses parents, sinon l'absence de signe du père après la séparation parentale. La mère ? « Oui, bien ».

Benoît augurait sa carrière de délinquance ainsi que ses premières incarcérations à l'adolescence. « Il n'y avait rien de bien là-dedans. Certains étaient fiers, moi ça ne me plaisait pas. J'y suis pourtant allé beaucoup ».

La question des enfants ne se serait pas posée à lui, celle du travail non plus. De sa vie, Benoît n'a jamais travaillé, sauf en maison d'arrêt.

Est-il triste, déprimé ? « Je ne sais pas comment dire, c'est bizarre ». Nous remarquons que Benoît a des difficultés de mémoire à court terme, il ne nous reconnaît pas tout de suite quand on se présente à lui. C'est notre mémoire qui permet de nouer avec l'entrevue précédente. Il semble probable qu'une atteinte centrale, neurologique, certainement liée aux excès toxiques maintenus si longtemps, se combine avec sa personnalité pour donner explication à ce qu'il semble vivre présentement.

« Ce qui est bizarre, c'est que je tourne en boucle. Avant je ne me demandais jamais ce que j'allais faire de ma vie, j'étais tout le temps entrain de cavaler, de faire des trucs, de me fournir, de chercher… Là, je me rends compte que ça n'est plus possible avec mon pied, je ne pense à rien d'autre. Là je ne peux rien faire. Même en prison ce n'était pas comme ça. Je me demande mais il ne se passe rien ».

L'idée de l'URAS est envisagée comme le reste, à ce moment de sa vie : un « pourquoi pas » sans conviction, sans mobilisation d'un désir, d'une idée pour lui. Il se laisse faire et accepte. « Avant, personne ne le disait ce que j'avais à faire. Là, je ne sais pas ».

Commentaire

Benoît semble projeté dans son besoin, dans son recours à l'acte qui a conditionné sa vie, qui a défendu sa personnalité (en l'amputant d'une faculté de poser le temps et de penser sa vie, en l'amputant presque de son pied).

Il semble avoir souffert d'un cumul traumatique dans l'enfance, dont il parle en survol. L'adolescence aurait été la matérialisation dans les actes de l'absence d'accrochage suffisant pour une inscription sociale syntone. Pas de contraintes, la liberté et la débrouille, rapidement déterminée par un besoin (non un désir) : la drogue, autre passage à l'acte. Auto ou hétéro-agressif ? Notre façon de percevoir cette dynamique dans son cas nous ferait pencher vers une manière de survivre plus que vers une destruction.

Il nous semble que les fugues chez Benoît aient pu avoir masqué son errance, sa perdition sans but, à l'adolescence, comme ensuite la toxicomanie et son obligation de mouvement pour se fournir. N'est-il pas l'exemple même de ces patients, errants dès

l'enfance pour avoir été trop exposés à traumatismes et incapable réellement de lien, d'accroche ? Benoît entre bien dans la notion que nous proposerons plus loin *d'errance essentielle*, avec un investissement opératoire de son corps et du monde. Le peu d'investissement de soi se retrouve dans l'absence de soins, auto-exclusion encore partiellement réversible puisque Benoît peut être sensible à l'ambiance soignante, certainement depuis qu'il ne peut plus faire autrement que de dépendre (d'autrui, d'une institution). L'entropie rend moins forte la courbe de la déchéance dans son cas.

Sur le plan de la personnalité, Benoît nous semble ressembler à une *astructuration mentale* (Bergeret, 1985), un état limite, avec des aménagements par l'acte (cambriolages, toxicomanie). La relation anaclitique de dépendance à l'objet semble toutefois peu fonctionner, à minima, ayant permis petitement (et sans conviction) qu'il soigne son pied (relation à l'infirmière). Le malaise qu'il semble vivre, décelé par l'environnement des travailleurs sociaux, pourrait correspondre aussi au temps d'une *crise du milieu de la vie* (Jaques, 1979; Jan, 1988) n'ayant guère de possibilité d'élaboration interne. Par contre, l'aménagement externe, celui des conditions de vie, des aides extérieures acceptées, etc… sont à valoriser. Tout étayage acceptable semble ici utile, à prôner.

Le but des entretiens psychologiques dans un cas comme celui de Benoît réside peut-être essentiellement dans le fait de confirmer son besoin d'étayage : au sujet lui-même (un peu différent quand il est avec autrui) et aux travailleurs sociaux et soignants engagés autour de lui et rencontrés par le psychologue dans les échanges partenariaux.

Chronicité

Insistons sur ce point : la chronicité. Les candidats à l'URAS sont devenus "chroniques" dans leur état. Ce terme va souvent avec l'idée d'un rabougrissement des possibles. Dans ces cas, la chronicité est gage pourtant d'accalmie, de possibilité de se poser. Ce paradoxe doit être souligné : *l'aggravation, l'usure permet l'amélioration*.

L'expérience de l'URAS est une richesse dans le contexte du partenariat associant travail psychiatrique et travail social, tellement différente du modèle hospitalier. Peut-être tellement plus consciente de la réalité du public accueilli. Institutionnaliser à l'URAS, c'est prendre soin, accompagner ce qui vit. Pas de modèle valable pour tous ici : c'est le bon sens de l'asile[258], du « bon asile » attendu par Declerck peut-être. Il propose un accueil durable et plein aux indésirables, aux incasables.

Declerck, dans ses « Naufragés » (2001), tend à croire que seul un asile sans exigence peut aider les clochards, tolérant ces derniers tels qu'ils sont. Il semble que cette façon de voir soit à la fois juste et restrictive. L'asile, lieu d'accueil sans autre but, pourrait facilement devenir mouroir, lieu de chronicité uniquement mortifère. L'asile au bon

[258] Sur ces questions institutionnelles, nous renvoyons à la thèse en cours de réalisation de Gaétan Langlard, sous la direction de Pascal le Maléfan et Evelyne Bouteyre, intitulée : *Approche en Santé Mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale*, Université de Rouen.

sens ne peut renoncer à l'aspiration au mieux-être de ses usagers. Sinon, il s'agirait encore d'abandon. Un asile, une institution, l'esprit qui l'anime, est tenu par celui de ceux qui le font fonctionner, l'ordonnent. Comme en service de "chroniques" en psychiatrie[259], des efforts sont à fournir pour *aider encore*, pour ne pas perdre la pulsion de vie (la sienne propre d'abord, face aux projections des usagers). C'est seulement ainsi que qu'institutionnaliser soigne.

L'URAS est un "lieu à vivre" (nuance du lieu de vie), une institution qui accepte le risque: celui d'accueillir des expériences de vie compliquées et douloureuses, sans a priori excessivement défensif. La méthode par essais et erreurs s'y retrouve, avec l'empirisme favorable aux découvertes qui manque tant aux services hospitaliers dans leur actuelle tendance à modéliser, protocoliser et borner le savoir. Rien à l'URAS n'est définitivement clos, impossible. Plus récemment, cette institution est devenue mixte.

Si un accueil ne fonctionne pas, un autre essai reste possible par la suite.

L'URAS accueille, propose aussi une mixité malades mentaux/clochards. Le trait d'union entre eux est l'expérience de la désocialisation (plus que celle de l'errance).

Répondre à la non-demande

La réponse que propose un centre d'accueil en urgence est une réponse en matière de mise à l'abri. La « demande » de l'usager[260] est relativement simple à saisir, basique, partant du besoin de sécurité et de conservation immédiate de soi: il sollicite un endroit où dormir et se restaurer (qui devient par surcroit un peu son ordinaire, son « chez lui », cependant très mal privatif) s'il peut progressivement s'y installer, y «prendre ses quartiers » comme le dit un de nos patients. S'il souhaite (progressivement) une orientation autre, il pourra également en faire la demande auprès d'un animateur.

Un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) classique répond à une demande a priori plus complexe[261]: il répond au désir d'insertion d'une personne privée de logement, d'emploi. Il doit permettre la formulation claire de cette demande et l'élaboration avec la personne d'une stratégie pour atteindre ces objectifs.

Dans les deux cas, la réponse proposée se fonde sur la demande plus ou moins explicite et plus ou moins complexe de la personne.

En ce qui concerne l'URAS, la majorité des usagers n'a pas d'autre demande que de pouvoir reproduire le fonctionnement acquis avant l'admission. La demande se limite donc à pouvoir bénéficier de meilleures conditions d'existence, elle n'est pas (ou guère) de pouvoir mettre sa situation personnelle en projet.

[259] Nous avons personnellement travaillé dans deux services de ce type au sein du secteur V de psychiatrie générale du Centre Hospitalier du Rouvray pendant plusieurs années avec les docteurs Festa et Gouiffes.

[260] Parfois non formulée, comme pour un certain nombre de personnes menées vers ce type de centre par des équipes de rue comme celle du Lien à Rouen. Les individus ici concernées « se laissent faire » sans aller jusqu'à demander elles-mêmes. Parmi elle, des clochards, psychotiques ou non, des personnes désorientées de tous âges, des personnes sous produits psychoactifs, etc…

[261] Pour la complexité de l'exercice eu psychologue dans un tel lieu, voir Daviet, 2009.

Pour beaucoup, l'inéluctabilité de leur situation a été intériorisée à tel point que toute velléité de la voir se modifier a été écartée: ils ne sont plus véritablement en capacité de formuler une quelconque « envie », pour parler dans les termes de la vie courante. A l'extrême, toute perspective de changement risque d'être perçue comme une menace. La précarité est le plus souvent vécue comme un processus (plus ou moins conscient, sensible selon les individualités) de dégradation des différentes composantes de leur vie, sur les plans physiologique, psychologique et social. Ces situations de non-demande sont les plus délicates, mais aussi les plus fréquentes, tenant du syndrome d'auto exclusion (Furtos, 2008)[262].

Il arrive également que des facteurs, notamment médicaux, psychiatriques, bloquent toute perspective. Les situations les plus problématiques - celles que l'on nomme parfois les *situations extrêmes*, mais elles peuvent toutes nous le sembler - sont caractérisées par cette pathologie du lien, lorsque la personne est en rupture totale avec elle-même et avec les autres, dans l'incapacité de communiquer. La personne s'est enfermée dans des fonctionnements pathologiques. Rien ne semble plus l'atteindre, rien ne semble plus empêcher la vitesse constante vertigineuse de sa dégradation vers la mort (voir le cas de Vanil en partie III).

Ce sont ces situations qui posent le plus question, notamment du point de vue des libertés individuelles. En effet, les difficultés de ces personnes dépossédées de leur capacité à choisir, amènent l'équipe à faire des choix - parfois d'ordre vital - à leur place, voir même par la contrainte (hospitalisations sous contraintes).

II-6 Névrosés dans l'urgence sociale

Le terrain d'exercice qui est celui des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité n'est pas excessivement fréquenté par les personnes relevant d'une personnalité organisée de manière névrotique. Généralement, pour qui relève de ce type d'organisation psychique, les alertes sont entendues *avant* l'arrivée dans l'urgence, les aides admises, comprises, utilisées à bon escient. La plupart du temps lorsqu'elles y arrivent, des raisons externes ou des crises y ont poussé, les y mènent *transitoirement.*

Les névrosés (au sens de « névrosés ordinaires ») sont assez nombreux par contre dans le groupe des personnes demandant l'asile en France. La venue de ces usagers à l'UMAPP tient essentiellement à leur présence obligée (nullement volontaire) dans cet extrême. Ils sont en capacité de déceler les aides pouvant contribuer à un essor et ils nous investissent de ce sens.

Existent des explications logiques au fait que les plus névrosés tentent au plus tôt de quitter ce « fond du fond », ce « bout du bout », ce dernier filet qu'est l'urgence sociale.

La structuration névrotique est une organisation psychique considérée par Freud comme étant celle de la normalité. Le névrosé, avant tout, tient compte de ce qu'il

[262] Voir aussi dans ce travail, partie II-2-2.

perçoit de la réalité, est inscrit dans une conception respectueuse du pacte permettant la socialisation, avec un accès à la culpabilité, à la limite-intériorisée [même si Freud en 1924 s'est interrogé sur la perte du sens de la réalité dans la névrose dans «La perte de la réalité dans la névrose et la psychose », in *Névrose, psychose et perversion* (éd. 1973), PUF, Paris, 299-303].

Deux cas cliniques : Noël et Jonas

Noël est arrivé au Centre d'Hébergement d'Urgence depuis la veille quand nous le rencontrons. Le collègue travailleur social qui l'a accueilli le conduit à nous en relevant l'aspect « atypique » de ce nouvel arrivant de 50 ans qui semble particulièrement surpris du monde qu'il rencontre ici. Nous l'avons reçu, après cette date, durant deux ans à l'UMAPP, selon un rythme d'entretiens hebdomadaires.

Noël est le seul fils de sa fratrie. Ses deux sœurs aînées sont mariées, mères de famille. Il conserve avec elles des liens réguliers et investis, comme avec leur famille. Pendant ses deux années dans l'urgence sociale, il continuera de les fréquenter et de ne pas solliciter leur aide : ce n'est pas un isolé absolu. Il s'agit d'un homme solitaire d'apparence inhibée, poli, attentif, sérieux, anxieux, d'une grande pudeur. Comment en vient-il à aboutir en ces lieux? Noël a vécu dans un bourg du plateau de Caux jusqu'à son arrivée au centre d'hébergement d'urgence. Son père était ouvrier ébéniste, sa mère femme au foyer. Sa famille vivait dans un des rares immeubles de la bourgade, proche des champs et de la forêt.

Ses parents sont décrits comme des travailleurs, d'un milieu particulièrement humble. La mère était très dévouée à ses enfants et à son mari. Le père était « la crème des homme» (sic). Progressivement, Noël redécouvrira pourtant ses composantes destructrices : s'il était capable de fabriquer à son fils en bas âge un petit vélo tout en bois, qu'il chevauchait sur la route (et Noël est devenu un cycliste amateur très endurant), il était aussi en capacité de dépenser l'essentiel de sa paie de semaine en ribotes. Revenant toujours, nuitamment, il se montrait selon l'exacte antithèse de sa personnalité ordinaire : violent, insultant, fracassant les objets familiaux, effrayant. La manière de réagir de la mère face à ces excès consistait à emporter ses enfants dans un recoin de la campagne environnante, une grange, un abri, en toute saison, soit encore de se réfugier dans la forêt. Noël conserve de ces moments une frayeur importante. Les cauchemars qu'il fait encore portent toujours sur ces contenus d'aventures nocturnes. A notre rencontre, il semblait avoir absolument refoulé ces aspects paternels, brutalement ressortis après sa première nuit au centre en chambrée collective… «Avec des hommes souls, on ne sait pas ce qui peut se passer » (sic). Noël n'a lui-même jamais bu une goutte d'alcool.

La mère fuyait son époux furieux d'alcool mais revenait tous les matins « avant le réveil des voisins ». Personne ne devait savoir, la honte planant au-dessus de la famille. Elle réduisait, traduisait par euphémisation le comportement du père, presque à la manière d'une annulation rétroactive. « Il fallait qu'elle se rassure, qu'elle nous rassure : c'était

un brave bonhomme » (sic). Personne ne parlait de ces moments pourtant fréquents. Une histoire sans parole collant fortement le petit garçon à sa mère.

Le père décédait tôt de « *la* maladie ».

Enfant sage, sensible aux arts, au dessin surtout, aimant l'école et y réussissant, enfant choyé par sa mère, Noël était reçu meilleur du canton au Certificat d'Etudes Primaires et décidait d'arrêter là, contre l'avis enseignant. C'est en relisant son parcours en psychothérapie qu'il s'expliquera ce choix, très déterminé. « Je ne vois qu'une chose : c'était pour aider ma mère. Je la voyais triste, elle n'avait rien pour faire marcher la famille, mais elle faisait tout; il fallait que je sois là » (sic). Apprenti dans une entreprise, il était rapidement embauché grâce à son sérieux, à son côté discipliné et discret et ramenait son salaire à sa mère. Dans ces années le père en venait à mourir, ce père avec lequel il avait plaisir à regarder les courses de bicyclettes retransmises à la télévision. « Il est mort de *la* maladie (IE l'alcoolisme) mais ça ne se voyait pas ». L'honneur était-il sauf grâce à la discrétion du mal ?...

Avant ses 30 ans, l'entreprise qui l'embauchait fermait définitivement. Noël devenait chômeur sans trouver d'emploi, sans exactement savoir pourquoi. Il pourra dire plus tard : « j'avais peur des autres, je ne faisais pas confiance, à personne. Dans le village, je pensais que les gens pouvaient savoir comment était mon père. Je serais bien parti mais ma mère a voulu garder l'appartement quand il est mort, elle ne pouvait pas le payer seule. Je suis resté avec elle. Je n'ai jamais trouvé de travail, sauf un peu de nettoyage pour une société où je ne connaissais personne».

Souffrant de honte, Noël aurait renoncé à toute vie sociale, en dehors de celle drainée par son cercle familial immédiat. Il n'aurait pas connu d'adolescence, restant longtemps « dans le vide » (sic). Ses seules évasions : le vélo, sur les parcours normands, le dessin, la peinture. Face aux journées, il vivait au rythme de sa mère vieillissante et dans une pratique quotidienne de copiste de grandes œuvres de peinture. Noël aurait acquis une culture artistique par l'emprunt de livres de bibliothèques. Restant parfaitement sensible à la douleur de vivre de sa mère, dans un souci d'accompagnement et de réassurance permanent pour elle, ce *bon fils*, la maladie venue, devenait « tierce personne » pour l'aide au maintien à domicile de sa mère, cette charge acceptée devenant source d'un petit revenu. « Ce n'était pas un effort pour moi, c'était tout naturel ».

Conservateur de l'ambiance et du lieu (au sens du conservateur de musée, du culte de la personnalité du bon père sertie par lui en chasse reliquaire, à celui littéralement de la mise en conserve), gardien du secret[263] et maître de la tenue des faux semblants vis-à-vis de la réalité paternelle (alcoolique) dans l'exécution des implicites maternels,

[263] Nous employons ce terme non pas en référence à Harry Potter mais à la clinique du trans-générationnel inaugurée par les travaux de Nicolas Abraham et Maria Torok (2009, dernière édition) se situant dans la lignée de Freud, de Ferenczi et de l'école hongroise de psychanalyse. Ces auteurs ont introduit à partir de la problématique du traumatisme et de la transmission trans générationnelle les notions d'introjection, de crypte, de fantôme, de méconnaissance notamment.

Noël donnait l'impression d'avoir vécu dans le formol de cette histoire, ayant si fortement borné/empêché la sienne.

Obsessionnel dans son fonctionnement défensif, il expliquait avoir toujours souffert de « quelque chose », de quelque chose d'indéfinissable pour lui. Aucune remise en question de quoi que ce fut ne lui était possible avant la mort de sa mère. Il souffrait aussi de maux de tête. Ce n'est qu'à l'ouverture des mots par la psychothérapie qu'il pouvait en venir à découvrir un sentiment de culpabilité, le retournement contre lui d'une agressivité ne pouvant s'adresser à la mère, mais aussi à l'image paternelle.

Jusqu'au bout, seul, Noël s'occupait de sa mère. A la mort de celle-ci, il découvrait qu'il ne pourrait plus longtemps garder l'habitation historique de la famille. Ayant méticuleusement fait ses calculs, il préparait l'événement méthodiquement. Que tous les objets puissent revenir à ses sœurs. Les siens devaient tenir dans un caisson d'un mètre cube à entreposer dans la famille: ses peintures, ses vélos démontés et une valise. Ses volontés (les dernières à ce niveau) ont été exaucées comme attendues. Il semble d'ailleurs avoir eu un certain ascendant sur ses grandes sœurs n'ayant jamais remis en question ses façons de voir. Ses relations d'objet, dans le contrôle, pouvaient selon nous s'affilier au contrôle, à l'emprise obsessionnelle telle qu'étudiée par Roger Dorey (1981, p. 125).

Lui-même, que ferait-il ? « Je l'avais dit à l'assistante sociale, je me destinais à rejoindre les pèlerins d'Emmaüs, je ne voyais rien d'autre ». Tout se serait passé comme si, patiemment, le sujet s'était préparé à un changement, à une rupture, dans un lieu éloigné (urbain) imaginé quasiment comme un monastère, avec une possible familiarité entre le monde clos familial et celui imaginé d'Emmaüs (fantasme d'autosuffisance ?).

Tout prévu mais jamais vérifié[264], le plan de sortie se transformait en une confrontation bien plus sévère à l'inconnu. Aucun accueil possible dans l'institution fondée par l'Abbé Pierre, le sujet était contraint d'arriver au centre d'hébergement d'urgence.

Cet électrochoc était à la fois vecteur d'angoisse (confrontation à l'inconnu) et d'initiation. Jusqu'à quel point « quelque chose » de cet ordre était attendu inconsciemment pour Noël ? Première mise à l'épreuve relationnelle, premiers pas hors des références anciennes sinon infantiles.

S'accrochant aux professionnels et à leurs propositions, il osait les démarches, observait les autres, complexifiait ses a priori intelligemment. Réservé et prudent dans le monde du foyer, il développait une bienveillance pour certains « alcooliques » notamment.

[264] Erreur symptomatique du contrôle que nous pouvions apparenter à un acte manqué dans une organisation obsessionnelle.

Dès l'hébergement d'Urgence, il cherchait une insertion, qu'il trouvait par des stages de formation : de remise à niveau, puis dans « l'aide à la personne », Noël réutilisant les compétences et savoirs faire acquis dans l'accompagnement de sa mère. Ces occasions étaient les premières pour lui de rencontrer des personnes de sexe féminin, n'ayant pas eu d'ami ni d'amie dans l'enfance, pas non plus de connaissances féminines.

Par son sérieux, il trouvait de l'emploi, puis un logement à loyer modéré[265].

Noël ne manque jamais de nous saluer dans l'espace public. Il est aujourd'hui employé stablement, a passé son permis de conduire, semble s'être ouvert au sourire (fort timide jadis). Il n'avait pas souhaité poursuivre la psychothérapie après sa sortie du dispositif d'urgence sociale. Outre les cheminements que nous avons abordés, l'un de ses arguments pour clore était que d'autres que lui avaient besoin de nos services.

Commentaire

Chez Noël, pas de mauvaise qualité du rapport au réel, pas de pathologie narcissique, mais un verrouillage névrotique ayant opéré une vie réduite fidèle aux images parentales infantiles. « Formolisé », la mort des parents aurait agi pour lui comme une occasion d'initiation, de mise à l'épreuve, de confrontation. Noël se montrait attentif à ses intérêts, évitant les dangers sans renforcer son inhibition qui, globalement, se trouvait amoindrie par l'épreuve du groupe (et quel groupe). Pas d'errance : des buts antérieurement à la mort de la mère existaient, pouvant sembler rabougris et toujours subordonnés au désir parental, mais présents. Par contre s'observaient chez lui de la rumination, de l'envol par une certaine créativité sans dépassement (copiste), etc… L'exposition à la vie à la ville, à l'inconnu aurait poussé à pas forcés un désir de changement. Chez lui, pas d'effondrement mais une crise structurante avec fondation d'autres optiques d'avenir (travailler, habiter, …). Notons aussi qu'il est fort peu probable que Noël, sans un dispositif mobile tel que l'UMAPP, ait pu faire la connaissance d'un psychothérapeute et entamer un travail d'élaboration. Il nous semble pouvoir dire que, comme pour la plupart des névrosés en telles circonstances, l'aide psychologique est bienvenue et portée par la mise en alerte de l'autoconservation non délibidinalisée.

[265] Dans un délai long du fait du manque d'offres sur le marché locatif mais aussi, selon les travailleurs sociaux, du fait de l'adresse déclarée aux potentiels bailleurs, du Centre d'Hébergement d'Urgence, de mauvaise réputation et inspirant de tenaces préjugés. Voir à ce propos le chapitre précédent de cette thèse. Qui ira loger de bon gré un ancien SDF ?

Jonas

Nous avons vu **Jonas** pendant 5 mois, une à deux fois par semaine. Agé de 27 ans, il semblait hagard, sans aucune perspective, sans envie, aux travailleurs sociaux vers lesquels il était dirigé pour obtenir un hébergement d'urgence ; ils nous l'adressaient, inquiets. Jonas est sur un moment de vie difficile. Bien habillé, sac au dos, souriant malgré sa tristesse, il débarque fraichement d'un pays étranger où il a travaillé plusieurs années dans un emploi hôtelier. Tout allait pour le mieux dans son emploi, dans sa vie matérielle, dans son ouverture personnelle. Il rencontrait une jeune femme de son âge 3 ans plus tôt, s'installait avec elle. Un conflit serait apparu autour du projet d'enfant, elle le souhaitant rapidement, lui ne l'envisageant pas. Il n'aurait pas compris lui-même pourquoi cette perspective, impensée jusque-là, lui semblait impossible, source d'angoisse, de malaise. Il évitait la question, évitait sa compagne qui, «gentiment », essayait de comprendre. Après quelques mois, elle décidait de le quitter, lui plongeant dans une dépression coupable, incapable de faire appel à autrui (ami ou professionnel) malgré la conscience claire de son marasme. Ne se sentant plus à la hauteur au travail, avec ses nouvelles responsabilités, amaigri par sa perte d'appétit, fatigué par ses nuits sans sommeil, il donnait sa démission et rentrait en France après avoir soldé l'essentiel de ses biens. De retour, il débarquait d'un car ferries sur la côte normande et restait à l'hôtel inerte et sans capacité de mouvement. Ne s'étant occupé d'aucune régularisation administrative, il rencontrait quelques ennuis bancaires (passagers) suffisants pour le faire arriver dans la demande d'aide pour l'hébergement.

Le jeune homme, à notre premier entretien, ne cachait pas sa peine mais s'étonnait de pouvoir pleurer face à quelqu'un, lui qui avait caché la profondeur de sa détresse jusque-là. Il en venait à poser ses interrogations en vrac : qu'allait-il faire ? Pourquoi cet effondrement ? Au-delà : pourquoi arriver ici alors que sa famille, peu fréquentée, vivait dans les Bouches du Rhône ? « Aucune idée ». Il était d'accord pour nous consulter à l'UMAPP, d'abord deux fois par semaine, refusant la prise de médicaments antidépresseurs. Le travail psychologique semblait le soulager efficacement, notamment par le déroulé de son histoire. Jonas semblait retrouver la continuité de lui-même, au-delà de la peine de séparation, du deuil de sa relation amoureuse. Il explique avoir été un garçon fonceur, ambitieux, ayant brillamment réussi ses études supérieures, souhaitant exploiter ce diplôme au plus fort, d'où son départ et sa bonne réussite outre-Manche. Un tempérament vif venant d'où ? Jonas, très manifestement défensif (sauf pour lui) associait sur son goût du sport, de la première place, de l'exploit… Comme pouvait l'être son père, parti de rien et ayant pulvérisé tous les plafonds de sa classe sociale d'origine. Nous notions qu'il n'évoquait pas l'image maternelle, à aucun moment, ce que nous essayions de lui communiquer comme une remarque et qui rendait Jonas perplexe. Relativement « hystérisé » dans sa présentation, plutôt rigide dans le mode de contrôle étant utilisé par sa pensée, le patient revenait avec une souffrance accrue à la séance suivante. Pour la première fois cependant, il réussissait à parler de la mort de sa mère, survenue accidentellement alors qu'il avait 10 ans. Lui, le dernier de trois garçons, aurait eu à supporter cette tragique nouvelle alors qu'il se sentait proche d'elle et éloigné de son père,

contrairement à ses deux aînés. Deux parents qui s'entendaient mal, qui vivaient en conflit perpétuel, amenant après le décès la famille maternelle à s'en prendre à ce gendre sans complaisance pour leur fille.

Progressivement, Jonas laissait place à l'émergence du traumatisme, laissant venir ses émotions, celles qu'il ne pouvait lâcher à ce moment. Que dire de la rupture avec l'oncle maternel ? Avec les grands-parents maternels ? De l'abandon multiple ressenti Des propos entendus (peut-être) l'auraient bousculé sa vie durant le sujet : « depuis les enfants, le couple a été mal » ; « elle faisait trop attention à ses enfants », « elle ne pensait qu'à ses fils ». Nous découvrions que le sentiment de culpabilité œdipien également se décuplait par le fait que la mère mourait sur la route alors qu'elle allait chercher Jonas. Nous avons eu, à ces évocations, le sentiment qu'il (re)devenait intelligent à lui-même, sensible à lui-même, quasiment de séance en séance, avec une *urgence à dire* très notable, une avidité à retrouver le sens des choses, le sens de ses réactions.

Pourquoi Rouen ? « Aucune idée ». Avec ces reprises, il pensait pourtant au fait que sa grand-mère (devenue veuve) était venue s'installer dans une banlieue rouennaise. Il pesait l'intérêt, la possibilité de retrouvailles, puis passait le pas et bénéficiait ensuite d'un appui fort et favorable dans ce lien ainsi que dans la relation nouvelle à l'oncle. Il entendait un discours dépassionné, et un partage de deuil possible. Lui qui n'avait jamais même eu l'idée de se rendre sur la tombe de sa mère décidait de faire le pèlerinage, seul mais entouré de la bienveillance des autres endeuillés. Jonas, qui n'avait pas osé parler de sa situation « déchue » (c'était son terme) à son père, trouvait la force de l'en informer, de lui dire quel avait été son cheminement depuis. Le père, lui aussi manifestement inquiet par le retournement assez brutal de la trajectoire de son dernier fils en moins d'un an, pouvait lui manifester une part de lui plus enveloppante, comprenant également son besoin de retour sur le passé. La symptomatologie dépressive cédait, comme le sentiment de culpabilité, par l'élaboration. Avant de repartir, en ayant trouvé de l'emploi dans une localité éloignée, Jonas pouvait se dire que l'enfant désirée par son ex-amie n'était pas envisageable, malgré l'amour ressenti pour sa compagne, du fait de l'angoisse (alors inconsciente) que celui-ci puisse avoir à vivre une douleur comparable à celle qu'il n'avait pu admettre en lui-même suite à la disparition maternelle.

Commentaire

Jonas a fait une psychothérapie « à plein régime », à un *moment de crise* propice. Le fait que nous ayons été sur le chemin, à l'UMAPP, a indéniablement simplifié les choses et nous avons dit comme ce jeune homme s'est muni des mains tendues. Les buts existentiels sont revenus avec l'élucidation des conflictualités inconscientes. Pas d'errance ici : un simple état de décompensation névrotique et de désorganisation n'entamant pas l'entier de l'être du sujet, mais venant tout au contraire, avec les aides mentionnées, le restaurer.

II-7 Démence et errance

Nous avons choisi les cas de deux personnes pour nous permettre d'aborder la question de la perte du sens des choses à la rue. « L'errance » est ici acquise par la détérioration des fonctions cérébrales, s'explique par ce fait.

Clémentine

Clémentine, 80 ans, est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. Plusieurs fois, depuis l'arrivée du processus morbide, elle a disparu, de sorte que le placement dans un lieu sécurisé et fermé a été considéré comme nécessaire. Mais Clémentine s'échappe encore.

Dans sa vie pré morbide, dans sa personnalité antérieure, rien de tout cela. Clémentine fuit, fugue pour retrouver sa maison, son jardin, sa mère. Sa maison est celle de son enfance, pas celle où elle a élevé ses 3 enfants, pas celle où elle a vécu près de 60 ans. Même enfermée, avec son numéro de chambre, son nom, sur ses vêtements et au poignet, elle réussit à déjouer les sécurités et part. On la retrouve, parfois loin, parfois tout prêt. Mais son activité principale, hors de la conversation qu'elle affectionne malgré son langage devenu surréaliste, c'est l'escapade : prendre la fille de l'air avec cette idée de rejoindre son milieu primaire.

Un soir, on ne retrouve pas Clémentine. Un avis de recherche est lancé rapidement pour retrouver cette personne particulièrement vulnérable. Rien. Elle disparaît, elle a disparu. Plusieurs jours. Un plan spécial est décidé avec survol de la ville par un hélicoptère. En vain. Les recherches cessent, Clémentine est déclarée disparue. L'émotion est grande, l'imagination au pire. Pourtant, on la retrouvera dans un quartier assez peu éloigné de l'institution, à quelques centaines de mètres d'un des plus grands hypermarchés de la ville. Clémentine est là, amaigrie et sale, derrière des containers de poubelles. On l'a prise pour une clocharde, elle a eu le réflexe de se nourrir dans les restes jetés.

Yvan

Qui est Yvan ? Ramassé par les pompiers dans une petite ville périphérique de l'agglomération de Rouen, il est particulièrement clochardisé, sale, seul, plongé dans les poubelles ou faisant la manche. Yvan ne parle pas français, peut paraître roumain à certains, gitan, rom ou russe à d'autres. Au Centre Hospitalier Universitaire, on ne décèle pas de pathologie grave justifiant une entrée après les urgences. La sortie effectuée se fait pour lui vers un autre CHU : le Centre d'Hébergement d'Urgence. Yvan est sans papier et sans identité et très dégradé.

Nous avons travaillé avec une traductrice et un animateur pour aborder ce Monsieur, s'avérant originaire d'un pays de l'Europe de l'est non mentionné précédemment. On

n’a jamais reçu ici une personne comme Yvan. Il s'agit d'un homme manifestement très désorienté spatialement (se perdant sans aide), temporellement, ne présentant pas d'apraxie de l'habillage mais de nombreuses inadaptations: outre son incontinence, il semble en incapacité de catégoriser de façon basique selon les grandes oppositions (propre/sale, périssable/durable, …), pouvant désorganiser son espace[266] en un temps record, semblant dans l'inaptitude à en avoir conscience. Sont observées de nombreuses persévérations (signe majeur d'une altération du fonctionnement cérébral), une possibilité d'apprentissage et d'adaptation tout à fait émoussée... Le sujet ne se montre pas triste, serait plutôt d'humeur constante. Il n'est pas rapporté de difficultés nocturnes par les veilleurs de nuit. Ses voisins par contre se plaignent de l’entendre se réveiller, allumer, chanter, chercher quelque chose, uriner par terre ou déféquer. Après un temps, il se rendort. Ils se plaignent aussi de ne pas pouvoir lui faire entendre raison, ce d’autant qu’existe la barrière de la langue. Rien ne change les attitudes décrites. Ses voisins, gens de la rue, souffrent de sa dégradation et réagissent avec des manières parfois violentes. En journée, sa disposition est compliante à l'aide lui étant apportée. Il roule des cigarettes avec ce qu'il trouve comme mégots, anciens morceaux de cigarettes et de papier (pas de papier à cigarette). Il mange de façon gloutonne, prend du poids depuis sa venue au centre, emporte dans sa chambrette des aliments qu'il est possible de retrouver plus tard pourrissant et mélangés avec des affaires propres. Des mouches tournoient (vraiment) au-dessus de son lit : d’autres résidents temporaires des lieux l’ont baptisé « Gros Dégueulasse »[267].

Il conserve un discours de retour au pays, sans aucune conscience de son inaptitude, de sa perte (plus que relative) du sens des choses. Il aimerait revenir « quand il sera soigné » : mais de quoi? Il apparaît parfaitement anosognosique outre cette bribe dans son discours. La traductrice note que même dans sa langue, il est confus, incohérent, bizarre. Il est pertinent cependant quand il se plaint d’une insuffisance respiratoire qui sera objectivée, comme sa fragilité cardiaque.

Yvan serait père d'un enfant unique : une fille née l'année où il aurait tué la mère de l'enfant.

Eléments de contre-attitude concernant Yvan

Yvan apparaît à notre traductrice, dans la langue partagée, comme un homme présentant des troubles de la pensée (en coqs à l’âne), de la logique, employant des expressions très crues.

[266] Ce que l’on appelle une « chambrette », c’est-à-dire une chambrée accueillant 4 personnes, divisée en 4 espaces semiprivatifs délimités par des cloisons et une porte à loquet actionnable de l’intérieur.
[267] Nom du personnage et titre éponyme de la bande dessinée la plus connue de Reiser, dédiée au Professeur Choron, fondateur avec François Cavanna de l’ex-mensuel satyrique bête et méchant *Hara Kiri*.

Pour tous ceux qui le rencontrent, sa désorganisation est manifeste, indiscutable. La visite directe de son lieu de vie personnel, de sa chambrette, confirme à elle seule le trouble majeur de l'adaptation du sujet.

Nous l'avons dit, sa saleté est repoussante[268], non pas au moment des entrevues (quand il vient d'être lavé) mais dans la vie quotidienne (jusqu'à fâcher les autres personnes de sa chambrée). Sa place dans le collectif est difficile (il est victime d'insultes incessantes du fait de son odeur, de son désordre indifférent à autrui), ce d'autant que les travailleurs sociaux sont interrogatifs et impétrants par rapport à un tel tableau clinique. Yvan laisse bien à tous le sentiment qu'il ne réalise guère la réalité de sa situation. Il souhaiterait, dans cette ligne, pouvoir travailler ! Yvan, dans un placage de bonne conduite évident, explique être serviable et aimer aider les personnes âgées, détester mentir, voler, dire des gros mots ! Il aime aider et « être poli dans tout ».

Soins au pays

Yvan dit avoir eu un médecin pendant longtemps, il donne le nom, le lieu des consultations. Un psychiatre peut-être.

Parcours en Justice

Yvan déclare avoir tué son épouse, après l'avoir battue. Il dit qu'il était soigné pour « schizophrénie » depuis longtemps quand les faits se produisaient. Il venait de sortir d'une hospitalisation, était en « permission » avec sa mère et sa femme au moment des faits.

Il poursuit en expliquant qu'elles l'auraient mené chez un tradi-praticien qui lui aurait fait ingérer une plante contre sa maladie. Le lendemain il passait à l'acte sur son épouse, la laissant sans vie. Il précise avoir tué sa femme avec une hache. Son propos est de considérer que c'est la plante qui l'aurait rendu (plus) fou mais aussi que « les femmes portent malheur ».

Il aurait, a priori, été reconnu coupable de ses actes, jugé, condamné à 21 ans d'emprisonnement. Notre traductrice, devenant ici médiatrice culturelle/informatrice, précise que les prisons de son pays étaient à cette époque comparables aux prisons turques : les détenus étaient privés, battus, maltraités. Elle pense que les marques nombreuses sur la tête d'Yvan pourraient en être issues. S'agissant d'un monde de non droit, il aurait été forcément coupé des soins pendant ce long séjour.

Eléments sur son vécu subjectif actuel

Si Yvan ne se plaint pas de son humeur, s'il ne manifeste aucun comportement laissant entrevoir une dépression ou une dépressivité, il porte un discours à propos de son

[268] Pour un abord du sale, voir l'ouvrage de Vigarello G. (1985). *Le propre et le sale. Hygiène du corps depuis le Moyen-âge*, collection l'Univers Historique, Paris : Editions du Seuil.

ennui. « Je ne suis pas un citadin » peut-il déclarer. Il souffrirait de ne pas pouvoir échanger dans sa langue.

Quelle est sa vie quotidienne ? Il en dit ceci : « Le matin je me lève, je range mon lit, je secoue mes couvertures tous les 3-4 jours. Là où on dort, on ne mange pas, on ne fait que dormir ». Existe ainsi une grande distorsion entre ce qu'il mentionne comme une routine réussie et l'état précisément de cette (non) réussite dans la réalité objective. Sa vie semble comporter des raisonnements étonnants, basiques, le monde se séparant entre deux blocs : les bons et les mauvais, ces derniers souhaitant prendre sa place. Il peut avoir des propos abscons (« pourquoi la coccinelle a besoin de boire et manger ? »).

Eléments divers

Yvan affirme être venu en France pour mendier, en voiture, avec d'autres.

Il estime n'avoir jamais bu excessivement (ce que ne confirment pas les examens médicaux). Il parle cependant d'une consommation ancienne journalière de Rakil (équivalent au Raki turc). Est-ce en lien avec l'immense tatouage dionysiaque d'Yvan sur son torse : une femme nue, une chope à la main, à cheval sur une énorme barrique ? On ne peut rater ce spectacle car Yvan se met torse nu au soleil dans la cour intérieure du Centre au premier rayon de soleil.

Les contacts pris avec la municipalité originaire du sujet ont permis aux travailleurs sociaux (via la traductrice) de savoir qu'Yvan était un mendiant dégradé dès avant son aventure française. Il était plus ou moins toléré et aidé par les autorités et quelques habitants. A été objectivé le fait qu'il aurait été utilisé par une organisation mafieuse pour mendier en France et y aurait été abandonné (par son incapacité à organiser cette activité certainement). De l'usage de la vulnérabilité par certains… Une plainte au pays aurait été déposée dans les suites de ces découvertes de commerce humain.

Eléments de l'évaluation cognitive

Yvan dit avoir été scolarisé jusqu'au diplôme équivalent à un BAC général français, obtenu par lui à 18 ans (la traductrice accrédite cela, repérant chez lui des notions intellectualisantes mêlées aux grossièretés notamment).

Par rapport au niveau requis pour ce type de réussite scolaire, en l'admettant juste, il apparaît clairement que le sujet présente face à nous une détérioration psychométrique probablement liée à une détérioration centrale. L'existence de scores effondrés, de persévérations, va tout à fait dans ce sens.

Orientation

Il peut dire qu'il connaît son animateur référent depuis environ 6 mois, ce qui est juste dans la proportion. Il sait être en « Norlandia » mais ne peut aucunement situer cette région.

Le sujet est capable de dire l'année, le mois, ne se trompe que de peu dans le jour de la semaine. Il est incapable de donner le nom d'un dirigeant actuel ou récent de son

pays. Il ne mentionne que l'ancien gouverneur ayant régné apprenons-nous de 1956 à 1989.

Yvan ne peut donner sa date de naissance, échoue à trouver son âge.

Il considère que notre entrevue dure depuis 15 minutes quand nous sommes ensemble depuis 1H30 mn. Après plus de 2 heures, il pense que nous y sommes depuis 20 minutes.

L'orientation spatiale semble mauvaise hors discours : dès qu'il s'agit de se débrouiller seul dans un espace plus grand que le foyer (qui est de plus un espace clos). Par exemple, devant rentrer seul du métro (300 m tout droit), il serait arrivé au foyer 3 jours plus tard.

Mémoire de travail

Le sujet semble pouvoir conserver une « mémoire conversationnelle », malgré ses coq-à- l'âne.

A l'épreuve d'apprentissage d'une liste de 8 mots usuels, il peut après trois répétitions en livrer 2/8. L'attendu normal est entre 6 et 8.

Après ½ heure, le résultat (aidé/amorcé) est de 1/8.

Les épreuves visuo-constructives sont difficiles d'accès pour lui : il peut recopier un diez (figure simple), ne peut refaire une clé de sol, ne peut recréer le volume du cube. Il ne manifeste aucun mouvement affectif face à ses échecs.

Les frises à poursuivre (test frontal) ne sont pas accessibles, le sujet ne repérant pas la séquence se répétant dans les dessins de lancement.

Les 4 opérations posées devant lui donnent lieu à des échecs, là encore n'apparaissant pas au sujet.

Il peut lire (avec des imperfections) dans sa langue.

Commentaire à propos des deux cas cliniques de Clémentine et d'Yvan

Dans les deux cas, nous voyons qu'un comportement, celui d'être clochardisé dans la rue, peut être simplifié par le regard général ou _ et c'est plus grave _ médical comme relevant d'une « simple » désocialisation, déniant la pathologie. Vus comme conduites d'errance, il s'agit bien de tableaux de désorganisations d'origine cérébrale, démentielle.

L'errance de la personne démente s'accompagne pourtant de tous les traits propres aux atteintes cérébrales (et de celles du sujet âgé qui plus est). Les gens suivent des buts erronés, ne sont pas errants en cela mais incapables bien sûr de quelque interrogation sur ces convictions et obligations internes devenues fixes (la maison d'enfance de Clémentine).

Les personnalités antérieures peuvent être très différentes : celle d'Yvan, pathologique probablement, voire psychotique (il se dit schizophrène, uxoricide, même si ce que l'on voit de lui aujourd'hui relève bien avant tout de la perte du sens des choses) ; celle de Clémentine, « normale », c'est-à-dire celle d'une personne ayant été en capacité d'organisation personnelle, de liens, de construction, d'amour, etc…

Le fait que des personnes malades de démences arrivent dans la rue ou dans l'hébergement social questionne. Parfois (plusieurs cas ces dernières années), des personnes sont expulsées de leur logement alors même que la dégradation de leur habitation, leurs impayés, leurs nuisances constituent des symptômes propres à un processus démentiel qui ne serait pas perçu en tant que tel mais uniquement « jugé » socialement.

Si de telles personnes, souvent sans famille, isolées, avec *personnalités antérieures à relationnel difficile ou avec antécédents alcooliques graves* (choses ayant fait d'elles, dans leurs voisinage, des indésirables, des « cas sociaux », des exécrables, des gêneurs à bannir…) accèdent à l'hébergement d'urgence, elles resteront de manière inadéquate dans un environnement inapproprié à leur état pendant une durée indéterminée, les sorties même pour raisons sanitaires de ces lieux étant excessivement stigmatisées[269].

II-8 Aspects particuliers de la parentalité dans l'urgence sociale

En essayant d'expliciter l'errance interne, problématique que nous poserons, à la suite de plusieurs auteurs, *comme issue de liens catastrophiques n'ayant pu donner foi dans la solidité relationnelle,* il nous a semblé intéressant pour compléter le chapitre psychopathologique courant, d'en venir à parler de ce que nous avons appris des aspirations et positions parentales des diverses personnalités évoluant à la rue. Pour chacun, être parent est tâche difficile. Freud mentionnait qu'éduquer, comme gouverner et psychanalyser, fait partie des tâches « impossibles »[270]. Ceci replace chacun dans l'humilité nécessaire à la matière : en tant que parents, potentiels ou réalisés, en tant que professionnels.

La parentalité n'est guère améliorée par *l'épreuve*, quelle qu'elle soit. Par celle de la rue qui plus est. Se trouver dans l'urgence sociale, c'est en venir à manquer du nécessaire, du minimal pour vivre de façon standard dans notre société. C'est être démuni d'un lieu pour s'abriter et dormir, pour se nourrir, se chauffer, se vêtir, se laver, se retrouver intimement hors du regard des autres… Etre dans l'urgence sociale, c'est dépendre d'autrui, de l'aide sociale notamment, pour continuer à vivre. Sauf cas

[269] Nous l'avons dit, y compris pour une personne comme Noël, évoquée page 198.

[270] Freud (1937). « L'analyse avec fin, l'analyse sans fin », partie VII, in *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)* (éd. 2001), Paris, PUF.

particuliers rares de personnes refusant[271], qui se trouve là est nécessairement en «demande » d'aide, confronté au danger de besoins primaires non satisfaits.

Des facteurs différents peuvent mener à l'urgence sociale. Des raisons externes de malheur parfois, suite à une catastrophe, un accident. Par exemple, Monsieur-tout-le-monde perd son logement dans un incendie : il sera secouru, ponctuellement accompagné et reprendra le cours de son existence en retrouvant, outre le traumatisme psychique possible, son niveau de vie antérieur. Ce ne sont pas ces contextes qui nous intéressent ici.

Nous nous centrons bien sûr sur des publics en difficulté ne présentant pas les mêmes possibilités de rebond que celles supposées dans l'exemple venant d'être mentionné. Il s'agit ici de personnes devant être aidées pour des raisons externes de précarité s'accompagnant de raisons internes, psychologiques, de fragilités momentanées ou durables. Souvent durables. Surtout anciennes et durables.

Le temps de l'urgence ici n'est plus le même : il ne s'agit plus d'un sauvetage ponctuel avec reprise de l'ancien niveau de fonctionnement. *L'ancien niveau a toujours compté avec des lacunes, des carences, des incomplétudes. Le temps de l'urgence n'est plus le même de ce fait*[272]*.* Le travail d'aide est différent aussi : il est justifié, au regard de la complexité des publics, qu'interviennent ici des *professionnels* du social (et non pas seulement des bénévoles de l'humanitaire) qui devront utilement élaborer leur intervention. Ces dernières années, les professionnels de l'accueil et de l'orientation sociale connaissent de nouvelles difficultés dans leurs missions, qui débordent normalement le simple fait du secours immédiat :

_ de par le nombre de situations à prendre en compte ;

_ de par la diversité des publics, plus importante dans l'hypermodernité qu'il y a quelques décennies (avec l'arrivée de flux migratoires insuffisamment accueillis redisons-le par les dispositifs spécifiques et gagnant naturellement l'aire de l'urgence sociale, la présence de personnes de tous âges, la croissance des problématiques bruyantes et/ou psychiatriques très apparentes à la rue, la représentation croissante de femmes et de familles dehors…) ;

_ de par le chronique manque de places et de moyens amenant à des systèmes et organisations laissant les professionnels interrogatifs sur leur propre rôle.

Dans l'ensemble des situations, celles qui incluent les enfants font partie de celles qui nous affectent généralement le plus. En France, les missions les plus intériorisées chez les travailleurs sociaux sont certainement celles de la protection de l'enfance et celles de la mise à l'abri des personnes semblant les plus vulnérables : les femmes, les parents avec leurs enfants. Etre parent à la rue est clairement et justement repéré comme une fragilité et une anormalité sociale dangereuse à laquelle il faut palier au

[271] « Refuseurs » et « refuseuses » précédemment abordés, parties II-1-7 à II-1-11 de ce travail.
[272] Ce que n'imaginent jamais clairement les non spécialistes.

plus tôt. Lorsqu'il n'est pas possible de trouver solution d'urgence pour ces cas, la souffrance du professionnel est toujours évidente, plus encore que dans les autres moments d'impossibilité d'action. Nous reviendrons là encore sur le contre transfert (ou la contre-attitude) des intervenants. Qu'est-ce qu'être parent en situation d'urgence sociale ? Que devient la parentalité dans ces conditions ?

II-8-1 Parentalité des *personnes isolées* dans l'urgence sociale

Rappelons que les individus se trouvant dans le monde de l'urgence sociale sont divers, qu'il ne s'agit nullement d'un groupe homogène, comme ce second chapitre de notre thèse souhaite le montrer.

Certains semblent paradoxalement « chroniquement dans l'urgence », d'autres y arrivent plus récemment, en ressortent... Il convient certainement de considérer deux choses au moins : d'être là signifie que l'on n'a pu s'accrocher aux différentes mains tendues avant d'être démuni de son lieu de vie, ce qui signe la tombée dans l'urgence sociale totale (pour des raisons variées : financières, toxiques, familiales, psychologiques, psychiatriques,…); *d'être là signifie aussi que l'on a désormais à supporter l'un des niveaux de stress les plus élevés qui soit: celui de « l'être sans chez soi* »[273].

Nombreux sont les individus isolés et en urgence sociale qui sont aussi parents. Par définition, on ne voit pas leur parentalité puisqu'ils ne sont pas accompagnés par leur progéniture, que parfois peut-être, celle-ci est encore virtuelle. Cette parentalité est souvent en souffrance, rarement évoquée, parfois tabou. Ces personnes peuvent parfois poser leur histoire dans des oreilles attentives, celles de travailleurs sociaux, d'intervenants bénévoles, avant celles des psys. Tous cas de figures existent. Nous poursuivons en donnant quelques exemples dans cette diversité.

Des gens privés de l'exercice de leur autorité parentale par la loi, qui regardent en face leurs torts de jadis, parfois avec une honnêteté effrayante, qui s'en veulent de n'avoir su apporter plus à leurs enfants ou reproduit ce qu'ils avaient vécu. Ceux-là sont souvent honteux, surtout atteints d'un sentiment coupable, voire vivant la rue et leur échouage social comme une juste punition. Ils ne referont généralement pas de démarches vers leurs enfants, pas seulement parce qu'ils en ont été écartés par décision judiciaire mais aussi par le poids des sentiments de culpabilité et de honte. Dans ces cas, nous observons qu'ils peuvent attendre, plus ou moins clairement, d'être retrouvés après-coup par leurs enfants, ce qui arrive parfois sans toujours donner les retrouvailles escomptées. Il y a dans ces cas une souffrance psychique évidente, plus ou moins mentalisée. Parfois il s'agit aussi d'un discours plaqué à l'adresse des professionnels (psys et travailleurs sociaux) et/ou d'un pseudo explicatif à leur situation désocialisée.

[273] Rapport Vincent Girard, 2010.

Des personnes, telles certains étrangers demandeurs d'asile, qui ont dû quitter leur pays pour survivre mais qui, découvrant les conditions d'accueil françaises, en viennent à considérer que ce « choix » est aussi un piège dévitalisant. La culpabilité là aussi à avoir laissé là-bas les enfants est écrasante. Des cas extrêmes existent : celui de cette femme, **Annabelle**, en France pour avoir suivi son « réflexe de survie », qui accouche ici d'un bébé issu d'un viol collectif et qui ne se nourrit pas en pensant à ses enfants, abandonnés d'elle par la force des choses au pays, qui ne peuvent manger tous les jours … Voici une parentalité particulièrement complexe et souffrante, pour cette dame ayant été rapidement prise en charge en CADA sans que le «confort» d'un logement ne vienne apaiser véritablement le tourment de sa destinée (Jan, 2012b). Le cas de **Maurice**[274] : celui de cet homme rencontré quelques fois au début de l'UMAPP, en 2000, alors qu'il était déjà une figure de la rue puis de l'urgence perpétuelle dans la partie asilaire d'un Centre d'Hébergement d'Urgence masculin.

Avec le départ de sa femme qu'il n'avait nullement anticipé, cet homme jusque-là socialement bien inséré décompensait dans un égarement pathologique où rien ne comptait plus sinon s'extraire de cette réalité impensable. S'exposant d'abord à une vie de rue et de cabanes urbaines dangereuses (on y sentait poindre la mélancolie et l'à quoi bon du désespoir : jeux suicidaires, distribution de ses économies dans la rue), il « oubliait » sa condition antérieure. En acceptant le foyer d'urgence[275], il acceptait entre autre chose des rencontres informelles avec nous dans les couloirs, puis dans une salle plus tranquille, puis à l'UMAPP. Quelque temps seulement. Nous «conversions agréablement», lui commentant de façon très imaginative l'aide aux autres, se proposant toujours pour veiller sur autrui, se trouvant même être missionné pour cela (notions permettant de sentir poindre l'aspect délirant dans la personnalité). Il abordera aussi son divorce et son fils. Sans larme, mais au bord. Sa rationalisation : « puisque je ne valais pas autant pour ma femme que son nouveau compagnon, je ne pouvais valoir non plus pour mon fils. Je ne peux lui manquer puisque je suis du côté des pires (accentué par le « choix » inconscient du *symptôme clochard*) et que son père substitutif est du côté des meilleurs ». Dix ans plus tard, cet homme sort de l'Hébergement d'Urgence, de la rue, gagnant un accès en foyer logement[276]. Contemporainement à sa sortie de la rue, ayant repris contact, il a accepté cette fois de nous revoir dans une démarche différente d'accompagnement et de recherche sur lui-même, de souhait de faire quelque chose de son introspection, de ses interrogations sur ses 14-15 ans de rue, faisant perpétuellement retour dans son espace psychique.

Dans son parcours, Maurice a revu son fils : devenu jeune adulte, ce dernier a voulu rencontrer son père. « Je l'ai reçu au plus près de ce que je suis : avec l'alcool sur la table, pour lui montrer que je ne suis pas un exemple » dira-t-il. Que penser de cette parentalité esquivée, de cette rationalisation de l'esquive ? Ici, le fait d'être parent fait question au sujet lui-même, lui qui se vit comme un « incorrigible adolescent ».

[274] Dont nous avons exposé plus en détails l'histoire et la personnalité en partie II-2-7, page 152.
[275] Ce qui est en l'espèce déjà un pas énorme, nous en rendons-nous toujours compte assez?
[276] Cette note est la même que la précédente : il s'agit ici d'un pas énorme, nous en rendons-nous toujours compte justement, assez ?

C'est dans l'urgence sociale que certains renouent avec leurs enfants : devenus grands, ces derniers secourent leur parent échoué. **France** est une dame de présentation très psychotique. A notre rencontre, elle ne supportait plus les élans agressifs de son second compagnon, quittait son domicile situé dans un autre département. Seule ici, elle est repérée dans sa particulière vulnérabilité par tous. Nous nous rendons compte qu'elle est la mère d'un jeune autiste connu des années auparavant en pavillon psychiatrique. France est mère de 5 enfants, dont trois malades mentaux ou déficients et deux autres en passe de devenir professionnels de l'éducation. Anciennement, tous ses enfants étaient placés dans une même famille d'accueil où elle les voyait régulièrement. La tombée maternelle *donnait lieu à leur mobilisation à tous* pour l'aider, la conforter. Une nouvelle famille _ hors étayage DDASS _ prenait corps, avec des enfants parentifiés (Le Goff, 1999) venant guider la vie de leur mère. La « parentalité infantile », régressive, en demande de satisfaction et de dépendance de la patiente, acceptait cette dynamique…

Le cas de **Paul**, qui, ponctuellement, en cours de divorce, se retrouve dans l'Hébergement d'Urgence. Sa souffrance est celle d'avoir perdu sa vie familiale et sa vie de couple antérieure mais plus encore celle de ne pas pouvoir continuer d'être père pour ses enfants. Il se débrouille pour coucher dans sa voiture, pour aller voir ses plus grands, accepte de rencontrer un psychologue pour parler de sa difficulté. Lui, homme issu d'un père européen et d'une mère asiatique, se remémore l'entier de son existence, ses épreuves d'enfance et les met en parallèle avec celles de ses enfants désormais, repérant que se reproduit pour eux et malgré lui ce qu'il avait eu à connaître lui-même. Cet arrêt sur lui-même semble relever là aussi de « l'urgence à dire », comme il en a été aussi pour **Jonas**[277] (lui aussi d'ailleurs interrogé par une potentielle parentalité), dans un contexte de personnalité névrotique. Au plus vite et « pour ses enfants », il réussit à se dégager de son début d'ensablement social.

Dernier cas, celui de **Manuel,** un homme alcoolique, après une vingtaine d'années de vie dehors, de refus de soins et d'hébergement. Abîmé, épuisé après différents accidents de santé l'ayant mené tout de même à des hospitalisations au CHU, il accepte un hébergement aménagé spécifiquement pour lui dans une collectivité de l'urgence. Il arrête puis reprend l'alcool et apparaît chez lui un discours devenant très confus autour de ses enfants : l'un est mort répète-t-il (mais parfois il parle indifféremment à cette place de l'un de ses frères), l'autre passerait le voir souvent dans la rue, lui faisant « la morale », « les gros yeux ». La nuit, sous des aspects bizarres et effrayants, ses enfants lui apparaissent également. Dans des cauchemars. A tel point que nous découvrons qu'il lutte activement pour ne pas dormir, pour éviter ces « visiteurs du soir». Notre sujet est entré dans une pathologie hallucinatoire de type PHC, Psychose Hallucinatoire Chronique, par laquelle il ne peut critiquer ses « visions », auxquelles il apporte le crédit du réel. Sa *paternalité est devenue hallucinatoire* : il s'agit d'une autre manière de la vivre, pathologique et modelée par l'angoisse.

[277] Voir partie II-6.

II-8-2 Parentalité de parents accompagnés de leurs enfants durant l'urgence sociale

Quand des parents arrivent à la rue *avec leurs enfants*, ils n'ont pour objectif (dans notre expérience) que de leur éviter de vivre cette précarité. Ces dernières années, les cas nous ayant été loisibles de rencontrer sont ceux de personnes en demande d'asile non encore hébergées ou de personnes déboutées en passe de perdre le logis leur ayant été attribué[278]. Sans nous y appesantir, ne taisons pas le cas des familles Roms (Jaillette, Cherchève, 2013) qui semblent perpétuellement vivre dans l'urgence sociale. Peut-être existe une parentalité Rom, culturellement déterminée _ et probablement sans choix pour les femmes. Pourrait-on dire que leur culture fait de la précarité leur façon de survie, en inspirant pitié, en s'adressant anachroniquement à la générosité des «bons chrétiens » que nous serions censés être (encore, anachroniquement) en Europe de l'ouest? Les femmes Rom « acceptent » d'exposer leurs enfants aux quatre vents, au froid, pour se faire, ce qui actuellement attise une contre attitude négative à leur encontre (certains dénoncent ces conduites comme maltraitantes). Mais quid ici de la parentalité ? Comment accepter d'utiliser ainsi les enfants : les exposer pour les nourrir? Nous sommes peut-être confrontés en cela à une répétition complexe, Trans-générationnelle.

II-8-3 Désir d'enfant et désir de parentalité dans l'urgence. Devenir parent à l'occasion de la galère

Sauf pathologie, il n'existe a priori pas d'individu adulte exempté de la question de donner vie à une descendance et de jouer un rôle décentrant de soi-même au profit de sa lignée. Le fait de devenir SDF, nous l'avons mentionné plus haut, représente un stress majeur, une épreuve d'angoisse intense pour toute personne y étant confrontée, quelle que soit sa structure de personnalité.

Nous avons évoqué que le « gros de la troupe SDF » se composerait de personnalités narcissiquement fragiles, abimées par une enfance traumatique dans laquelle l'attachement a fait défaut, où l'abandon et le manque de présence parentale positive, suivie, constante, a occasionné des béances. Ces adultes-là, psychologiquement fragiles et particulièrement souffrants sur le plan narcissique, peuvent avoir tendance, *en situation d'angoisse d'autant plus peut-être,* à chercher de nouveaux objets rassurants/porteurs d'espoir. L'enfant représente ceci pour nous tous: espoir et dépassement de notre être propre, de notre propre finitude (Sigmund Freud, 1914), plus encore ici possiblement. Dans un moment où le sens peut faire défaut, le désir de donner la vie va avec celui de transformer son statut d'isolé en celui de parent, en devenant responsable de quelqu'un d'autre que soi. Ceci viendrait donner l'idée (l'illusion parfois) d'un possible changement de vertex… On voit surtout le recours

[278] Il y aurait certainement à consacrer un temps significatif pour les cas de personnes perdant leur logement CADA et devant se rabattre sur un CHRS, cette perte étant assimilée à une perte de liberté personnelle et dans la parentalité précisément (les gens se sentent infantilisés par les règles devant être suivies, se sentent déclassés en tant que parents, déclassement suprême s'ajoutant à tous les autres. Ils peuvent en venir à craindre le jugement possible de leurs enfants). L'actualité est aussi l'improbable

possible au changement d'identité sociale : devenir parent. Ce désir d'enfant n'est pas forcément conscient, loin s'en faut ; la part inconsciente est même particulièrement à l'œuvre ici.

Nous ne considérons pas que de devenir parent en situation de déveine serait typiquement « limite ». Les névrosés et les psychotiques à la rue eux aussi peuvent en venir à cela, mais les réactions et émergences ne seront pas les mêmes dans tous les cas. Le fait d'avoir un enfant (ou un nouvel enfant) est aussi possiblement, à un autre niveau, *un fait opportuniste* permettant de retrouver espoir pour les papiers (dans les demandes d'asile rejetées), d'être autrement pris en considération par les services sociaux : plus de chances d'avoir des bénéfices (allocation, logement, …). Ce n'est qu'une part de la réalité de ces situations.

Exemple de la famille Sisley

Mr et Mme Sisley, nigérians, anglophones, sont suivis à l'UMAPP depuis 3 ans. Au pays privilégiés et aisés, ils étaient victimes d'un gang qui en venait à enlever, séquestrer et violer la femme, à traumatiser l'homme (en tuant ses parents et sa sœur). Dans un désarroi traumatique particulièrement sévère, ils étaient pris en charge sur le plan médical, infirmier et psychologique tôt après leur arrivée en France. Les démarches de demande d'asile échouaient malgré cela, les condamnant, pour rester, à la poursuite de la voie préfectorale et médicale dite « étranger malade ».

Le couple a deux enfants qui, dans l'adversité, semblent s'en tirer par une hyper adaptation. Au moment très incertain de la demande d'asile, situé entre le passage à l'Office Français Pour les Rapatriés et les Apatrides et le recours devant la Cour Nationale du Droit d'Asile, Mme Sisley évoquait (comme voie antidépressive, anti pulsion de mort) son désir d'enfant revenu. Son époux considérait les choses de façon tranchée : il s'agissait pour lui clairement d'un moment inopportun, déraisonnable.

Déboutés du droit d'asile à la CNDA, le couple plongeait dans beaucoup plus d'anxiété encore, s'ajoutant au cumul traumatique (Masud Khan, 1974). Sans s'y attendre, Mme Sisley se découvrait alors enceinte, au désespoir de son époux. Après une longue course administrative, ils réussissaient à obtenir un statut en France, tout à fait indépendamment de l'arrivée au monde de leur troisième enfant.

« L'événement déraisonnable » amenait Mme Sisley à faire l'expérience d'un corps non détruit malgré l'effraction par les viols, d'une capacité maternelle renouvelée et d'une sortie des symptômes les plus graves de son état antérieur. Pour l'homme, vivant la situation comme « folle », « incompréhensibe », « confuse », « irréelle », il confirmait l'expérience désagréable d'un manque de maîtrise sur sa destinée (sentiment ressenti depuis les premiers événements au pays) avant de se tourner vers l'enfant (né avec une morbidité curable) comme preuve de l'insistance de la pulsion de vie.

chance d'obtenir une quelconque solution d'hébergement après le refus de la Cour Nationale du Droit d'Asile, le raidissement des textes étant tout à fait patent.

Existent à la rue de nombreuses situations de violences. Les femmes SDF (Mondière-Lequin, 2003) sont fréquemment les cibles d'agressions en tous genres (physiques, psychologiques, sexuelles). Il arrive ainsi de rencontrer des femmes victimes actualisant des « parentalités forcées », étant devenues mères hors de tout souhait conscient, comme par « obligation », n'ayant pu échapper à l'emprise de compagnons toxiques. Nous ne faisons que mentionner ce type de cas ici.

Le désir d'enfant dans les conditions de l'urgence sociale est souvent ressenti par les femmes comme une poussée confuse mais incoercible, ne pouvant être remise à plus tard. Ce serait bizarrement *pendant la crise de l'urgence*, où tout manque, où la sécurité de base est altérée, une modalité psychique possible de sortie (la plupart du temps illusoire dans la réalité), venant d'un coup, magiquement, réparer l'entier de la condition jusqu'alors subie.

Cette dynamique interne peut sembler plus souvent à l'œuvre chez les femmes que chez les hommes. La thèse de psychologie de Gladys Mondière (Op. Cit. p. 215) intitulée *Contribution à l'étude du fonctionnement psychique des femmes sans domicile fixe*, l'étudie. Un temps donné, le« fantasme » (mais s'agit-il bien de cela ?) ou la «mise hors circuit » de la réalité concrète vient dégager les parts embouties du chemin antérieur. L'enfant porté sera enfant réparateur, etc… Souvent, il s'agit d'une même défense (avoir un enfant, devenir parent) qui se répète et n'aboutit pas à la réparation escomptée, au contraire. L'expérience s'inscrit dans une répétition morbide : après un enfant placé, un second pourra réparer la situation…

Deux exemples cliniques présentant des issues différentes

_ **Lilas** était une jeune femme de moins de 25 ans. Dans l'urgence sociale pendant des années, en hébergement d'urgence, elle fréquentait très régulièrement le service social d'orientation vers l'hébergement d'urgence immédiatement voisin de l'UMAPP. Devant son état d'anxiété, elle nous avait été adressée, venait irrégulièrement nous voir, toujours dans des moments de poussées de désorganisation psychique.

A l'occasion de ces rencontres éloignées, elle émiettait les souffrances de son enfance, l'égarement effrayant pour elle-même de sa vie actuelle. Notre impression contre-transférentielle était que nous la « re-colmations » ; elle repartait ragaillardie mais sans guérison de nos consultations, nous en étant reconnaissante. Sa mère était morte à l'orée de son adolescence d'une maladie, son père l'aurait délaissée et incomprise répétait-elle, envoyée en psychiatrie plusieurs mois pendant l'adolescence. Aux premiers entretiens, elle ne voulait rien de la psychiatrie de ce fait, ayant eu le sentiment d'avoir été rabattue par cette discipline et non améliorée. Progressivement, elle acceptait certaines classes de médicaments : « pour calmer, c'est pas être folle ». Lilas était maman d'un enfant qu'elle avait conçu à peine majeure avec un premier petit ami (qu'elle découvrira homosexuel par la suite), enfant lui ayant été retiré et placé. Elle réussissait à le visiter mais là aussi, comme pour nos entrevues, sans régularité. Lilas était une mère se disant « indigne », ressentant de la honte pour son

incapacité à faire pour son fils. Elle ressentait aussi un sentiment de culpabilité, se demandant comment s'en tirerait l'enfant avec une mère comme elle. Puis, tout entièrement, elle se rassurait par le fait de ne pas empêcher les bonnes initiatives de la famille d'accueil pour lui, selon un fonctionnement clivé.

De retour après des mois de disparition de nos services (social et psychiatrique), elle annonçait qu'elle avait fait « comme un tour de France ». Le voyage semblait avoir l'allure essentielle de la galère. Elle pouvait dire face à nous qu'elle avait « fait des choses qu'il ne fallait pas », sans jamais les préciser[279]. Une mise en exposition d'elle-même, tardive, comme une conduite ordalique adolescente anachronique, fugitive, non pas adressée à des parents mais à une part d'elle-même, une « initiation » plus sévère que le connu qui devait l'aider à devenir « plus adulte»?

Rencontrant un jeune homme de son âge dans l'errance, lui comme elle dans une problématique familiale complexe et dans une manifeste immaturité, ils réussissaient à se loger plus stablement ensemble en hôtel. Il trouvait un petit boulot, elle en cherchait aussi, pariant « comme tout le monde » sur le travail pour aller mieux, développant toute une logique sur « être quelqu'un par son emploi »… Lilas dans ce sens nous semblait répondre à une recherche (plaquée) d'étayage par l'emploi, à une quête d'identité par un rôle social. Il s'agissait de l'affirmation d'une recherche d'identité d'emprunt, d'un recours défensif au pseudo, au faux-self pour masquer sa propre vacuité interne.

Elle se découvrait enceinte à la limite du terme possible pour avorter. Elle pouvait se trouver dans la conviction absolue de devoir avorter (prenant un rendez-vous immédiat pour ce faire) et dans la conviction inverse l'instant suivant (annulant l'IVG avec autant d'empressement). Elle « choisissait » *in fine* de dépasser le terme autorisé, gardait l'enfant. Peut-être en suivant l'avis de son ami, lui-même dans une forme de dépendance psychique, qu'elle n'écoutait guère généralement…

Se présentait à elle contre toute attente une grossesse d'apparence plutôt apaisée mais dans laquelle le bébé n'était guère évoqué, Lilas en profitant pour parler d'elle en venant alors *régulièrement* nous voir : *elle* dans un emploi futur, *elle* dans une reconnaissance sociale jusque-là inconnue…

A la naissance, elle était sujette de nouveau à ses crises d'angoisse, ne trouvant pas de patience pour s'occuper de ce second petit garçon. L'enfant était placé à quelques mois à la pouponnière pour des traits autistiques et une suspicion de maltraitance parentale. Lilas se présentait irrégulièrement aux visites (médiatisées) avec son enfant dans ce lieu.

Celui-ci est aujourd'hui placé. Lilas l'investirait par intermittence, attendant par contre pour elle-même l'attention des services d'aide.

[279] En écoutant Lilas après le lâcher de cette information, nous avions en nous les images inquiétantes du film d'Agnès Varda, *Sans toit ni loi* (1985) où Sandrine Bonnaire incarne une jeune vagabonde sur la route qui finit dramatiquement (dans le film, elle meurt de froid).

_ **Diana** était en demande d'asile, mère de 3 enfants. Anciennement bien insérée dans son pays, elle subissait le meurtre d'un proche, devait quitter promptement sa terre natale du fait de menaces de mort la concernant ainsi que ses enfants.

Elle restait dans un état psychique confus durablement en France, ne comprenant pas le tour de son destin : pourquoi elle ? Quel sens tout cela? Comment accepter une telle destinée ? Son état restait crépusculaire : elle percevait le monde comme irréel, comme cauchemardesque. Elle souffrait de maux de tête quasi permanents et d'un empêchement du déroulement de la pensée, sentant et souffrant au contraire des ruminations. Son deuil s'engageait difficilement sinon pathologiquement, avec le maintien de reproches adressés au défunt, avec des retours hallucinatoires de présence de l'objet, des sensations d'être accompagné par sa présence (pas seulement par son esprit). Elle continuait d'être mère pour ses enfants au Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), puis, déboutée, en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. N'admettant plus ce qu'elle vivait comme une infantilisation en CHRS (lieu où elle perdait sa possibilité de faire ses courses, sa nourriture, où son organisation familiale se déroulait sous le regard d'animateurs…) elle s'en extirpait par réaction quasi impulsive, s'exposait (ave ses enfants) de ce fait à de nouvelles déconvenues.

Diana venait, contrairement à Lilas, très régulièrement à nos consultations, acceptait toute aide notamment médicale et hospitalière, sociale, obtenait pour elle le statut étranger malade… Elle faisait de son mieux (dans une situation administrative sans horizon) pour continuer d'être mère dans un total mal logement, dans une précarité scandaleuse. Courtisée par un homme de son groupe religieux lui prouvant sa bonne foi, son intérêt, elle refusait les contacts… « sauf une fois ». Elle tombait enceinte, ne pouvait culturellement admettre l'IVG, se retrouvait mère une fois encore.

La grossesse, consciemment problématique pour la mère (quoi faire avec un enfant supplémentaire dans une situation aussi chaotique ?), était bien acceptée par ses enfants. Source d'anxiété supplémentaire (vivre une grossesse sans moyens financiers et avec 3 enfants dans 10 mètres carrés), la grossesse ouvrait de nouvelles prestations profitables pour tous. Enfant non consciemment désiré, pourtant *« enfant sauveur »*, enfant français, enfant venant permettre autrement de tourner la page du souvenir?...

Actuellement ce dernier enfant a 5 ans. Diana, stabilisée sur le plan social bien que vivant dans des conditions de pauvreté restant difficiles, continue de ne pas admettre le tour de sa vie. Une révolte, incoercible parfois (avec instants dépersonnalisés), l'anime. Avec son dernier enfant, arrivé à la vie dans des conditions médicales périlleuses, elle se montre bonne mère. Elle voit que « quelque chose reprend », elle profite de son logement (bien que dans l'un des quartiers les plus sensibles de la cité), se rechausse dans son rôle mère.

Commentaire

Ces grossesses apparemment temporellement inappropriées, comme les exemples exposés des patient(e)s le montrent, aboutissent à des résultats psychiques inégaux, en fonction des capacités parentales, en fonction de la structure de personnalité et de l'état de la personnalité antérieure. Là encore, l'exemple de Lilas montre que la fragilité narcissique border line préalable n'est pas résolue par la stabilisation sociale (vie en couple, domiciliée) si elle advient d'une part, ni par la présence d'un enfant ou d'un nouvel enfant.

Pour les deux autres exemples, concernant des demandeurs d'asile ayant présenté des personnalités non pathologiques, relevant d'une organisation névrotique selon nous, le désir d'enfant inconscient s'exprime comme par surprise dans l'urgence mais s'assume, relançant authentiquement une pulsion de vie transitoirement mise en berne par des événements extérieurs traumatiques.

II-8-3 Ouvertures concernant la question de la parentalité en grande précarité sociale aujourd'hui

Il semble nécessaire de prendre conscience que la parentalité à la rue, diversifiée comme nous l'avons vu, peut être source de souffrances graves, parfois de désespoir absolu[280] mais peut être naissance à contrario, de fol espoir et (bizarrement) de dynamique permettant de se sentir vivant, de se désirer vivant pour l'autre : l'enfant (à naître, à réparer, à investir, à ne pas abandonner…).

La parentalité des personnes exposées à l'urgence sociale devrait pouvoir faire l'objet d'une attention particulière au regard de la part narcissique ici mise en jeu. Elle devrait toujours pouvoir être exprimée aux interlocuteurs que ces parents (ou parents potentiels) rencontrent : bénévoles, professionnels. Ces derniers devraient pouvoir adresser aux Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité les personnes qui présentent des discours trop étranges ou inquiétants. Notons que confronté à trop de ces parents, avec trop peu de moyens pour les aborder autrement, le risque peut être de *banaliser leur souffrance, de se durcir*. *On ne peut les aider mais c'est de leur faute* : ils sont impossibles de toute façon… Travailler ici signifie travailler en équipe, acquérir des connaissances sur les publics à accueillir pour essayer de les moins méconnaître, pour les mieux prendre en compte. C'est essayer d'avoir une analyse s'actualisant grâce à l'analyse de pratique ou la supervision. Mais travailler, c'est aussi dénoncer les impossibilités d'agir que l'on peut renvoyer au public, qui s'originent de plus en plus dans le fait d'une raréfaction alarmante des places.

[280] L'expression est de René Roussillon. Il nous a été donné d'entendre à trois reprises, dans les années 2000, chez des mères africaines SDF, des idées de suicides altruistes favorisées par l'urgence sociale. L'accueil en structures a amélioré leur dépression mélancoliforme. Ce type d'offres sociales n'est cependant plus systématique aujourd'hui et nombre de jeunes femmes dorment à la rue régulièrement avec leurs bébés et jeunes enfants. Il nous semble que cette exposition (banalisée aujourd'hui?) puisse constituer un risque d'opportunité de passages à l'acte altruistes jusque-là évités par la prise en charge sociale, institutionnelle.
.

Un autre niveau touche l'expression du *scandale* que représente socialement le fait d'être parent sans pouvoir assumer/protéger son enfant. C'est par ce biais que nous allons retrouver la question introduite plus haut de la contre-attitude des professionnels.

Car si nous essayons d'aider, *nous pouvons être interdits par ce qui nous apparaît d'abord comme autant d'inconséquence*, avec la contre-attitude *ordinaire* de tout le monde dans notre société. Nous avons développé la notion de travail du contretransfert social dans le premier chapitre de ce travail et l'intérêt de pouvoir se distancier des préjugés pour penser avant d'agir.

Car au-delà de la possible identification à la détresse développée dans nos cultures professionnelles, nous avons tous appris ce qu'est un parent normal, « winnicottien », c'est à dire *un parent suffisamment bon*. *Une mère suffisamment bonne surtout*. Mais dans ces conditions de vie, un parent est-il véritablement un bon parent ? Qui n'est pas en capacité d'être protecteur, bienveillant, attentif, …peut-il/elle être authentiquement bon parent ?...

Nous aiderions donc des personnes qui mettent à l'œuvre ce que nous avons appris nous-mêmes à ne pas faire, voire littéralement à bannir, à mépriser.

La culture de chaque société, redisons-le ici[281], nous apprend *sa* manière de vivre depuis l'enfance. Nous tous, dans une aire culturelle commune donnée, avons intériorisé les mêmes items positifs et négatifs. Nous avons tous appris ce qu'est la bienséance, la bonne conduite et son contraire, l'inconduite.

Les parents à la rue, les géniteurs de l'urgence sociale pourraient selon cette logique nous apparaître eux aussi comme des anti-modèles, venant heurter nos codes et certitudes.

Dans les métiers de l'aide aux personnes désocialisées, précarisées, l'une de nos richesses est aussi l'une de nos souffrances : celle de rencontrer des personnes ne fonctionnant pas de façon standard, nous confrontant à d'autres possibles, souvent mal viables, dangereux voire encore pathologiques. Nous ne ressentons pas, pour qui ne se soumet pas aux règles comme nous nous y soumettons, une empathie naturelle. Toute marginalité au contraire, si nous voulons l'aborder, nous oblige à travail, à ce que nous nommons « un effort non naturel » (voir I-7-2), celui de la réflexion psychologique et sociale.

Sans réflexion, point de compréhension et risque d'être emporté par le prêt à penser du stéréotype social. Alors point d'individualisation suffisante des cas, généralisation des idées standards, prise de pouvoir du lieu commun et fabrication du rejet traditionnel… Notre remarque vient se conclure sur le fait d'une concentration à prôner encore et encore sur *l'évaluation clinique* des situations humaines que nous rencontrons, tenant compte au plus de leur complexité, de leur entier.

[281] Voir surtout le premier chapitre de cette thèse.

B Seconde partie: L'errance par confrontation psychopathologique à ce qu'elle n'est pas

II-9 Préambule phénoménologique sur l'errance et questions cliniques

Comme l'indique la définition classique de l'errance[282], cette condition d'évolution sans but, non fixée au projet ou à l'ébauche fantasmatique d'une réalisation de soi, peut évoquer une certaine stérilité, un chronique recommencement allant avec une remise au hasard de son existence.

L'errant, comme éloigné de la capacité de choisir, *semble* admettre largement (mais où est ici la part consciente ?) de subir, de prendre ce qui vient en semblant s'en suffire.

Ceci ne va logiquement qu'avec une capacité du Moi amoindrie, un Moi inconsistant : un Moi « pessimiste », « découragé » au sens de la perte de courage qu'envisage Jean Furtos (2008) comme signe original de l'auto exclusion, quant à un essor possible : un Moi vaincu.

L'errance se manifeste plus ou moins clairement, peut rester floutée voire sans s'avouer à son porteur lui-même. *Sait-il toujours, sait-il seulement qu'il erre ?* Si des auteurs comme Franck Mathieu considèrent l'errance comme une *déréliction*, c'est à dire allant avec un sentiment d'abandon et de solitude morale (2011, p. 409), *il est important à préciser que c'est encore notre contre-transfert (fortifié de notre analyse) qui propose cette qualification de l'état de la personne concernée, non elle-même.*

L'un des masques privilégiés de l'errance, qui a été introduit dans cette thèse au chapitre premier traitant entre autre de l'évolution historique du vagabondage, est la mobilité, le voyage, le besoin de mouvement. Si l'errant est voyageur, il pourra donner l'impression de chercher plus loin un ailleurs enfin suffisant pour lui, « la vraie vie » (comme si l'actuelle ne l'était pas), et parfaire pour lui-même comme pour autrui l'illusion de cette quête Moïque, l'illusion de la poursuite d'un désir.

Exemple clinique de Günther : toujours la même galère et commentaire sur l'errance à partir de ce cas.

Günther est natif du nord de l'Europe. Il a près de 60 ans à notre rencontre, dans un Centre d'Hébergement d'Urgence. A part les marques d'imprégnation alcooliques sur son visage, Günther est équipé d'un sac à dos et de vêtements de randonneur (dont il a tout à fait la stature physique). Il serait arrivé depuis peu sur l'agglomération. Il semble fatigué, comme un grand voyageur en étape. Il ne dit pas être là autrement qu'en transit quand nous l'abordons mais se confie sur une galère.

[282] Voir Introduction Générale, II-1.

Lui qui serait confortablement pensionné d'un métier industriel mythique, aujourd'hui disparu (et réputé pour son exceptionnelle dureté), le voilà sans argent, sans moyens. Il devrait être ailleurs bien sûr, mais voilà... Il ne semble pas se plaindre du lieu où il arrive, des autres autour de lui, rien de cela ne lui paraîtrait inquiétant. Il devrait retourner dans son pays pour pouvoir arranger ses affaires bancaires, c'est ce qu'on lui a dit au guichet de son agence.

Avant de venir ici, par hasard de toute vraisemblance, il aurait été accueilli chez des gens, « un couple d'amis », dans le nord de la France. Il y aurait vécu plusieurs mois mais se serait rendu compte d'une escroquerie financière, ce qui aurait motivé son départ. Le même scenario de trahison se serait déjà produit antérieurement. Günther se plaint d'une anxiété qui ne le quitte pas et de troubles du sommeil. Il consultera effectivement le médecin de notre équipe pour cela, acceptera des rencontres plutôt régulières avec une infirmière. Il ne méconnait pas entièrement son problème d'alcool mais ne réussit qu'à diviser par deux le nombre de cannettes de bières journalières. Ce qui reste représente encore une haute dose d'alcool.

Deux ans plus tard, Günther vit au même endroit. Il semble avoir ritualisé sa vie selon trois lieux qu'il fréquente chaque jour : deux lieux d'accueil de jour et le centre d'hébergement. Il a connu plusieurs passages de galères financières sur ce laps de temps, perdant sa carte de crédit, ses papiers…

L'historisation de son existence reste floue et superficielle. Nous comprenons qu'il serait alcoolique de longue date, qu'il aurait pris la fuite de son pays natal après avoir été excessivement utilisé par ses enfants sans que ceux-ci ne lui accordent de suffisante attention. Il n'est jamais question de femme. Il ne met guère en avant une pensée réflexive, adoptant volontiers une place victimisée, passive, subissante, d'allure masochiste. Nous ne savons rien de ses parents, de son enfance.

Günther semble en être resté à la revendication d'une « adoption » (qui ne réussit jamais : on se moque de lui, on détourne ses biens), à un *désir de dépendance*, à une recherche d'étayage.

Sur le plan de la vie ordinaire, Günther est agréable, calme, sans surprise. Sur celui de la vie psychique, nous remarquons outre la dépressivité, la passivité, le recours à la défense d'origine externe qu'est l'alcool. Une dimension lui étant spécifique est à souligner toutefois: Günther s'organise pour produire des dessins. Ces dessins ont un aspect abstrait, non figuratif : il s'agit de *dessins de lignes*, donnant des perspectives illusoires, des illusions habiles de 3ème dimension et de courbes. Ces productions, très répétitives, ne donnent lieu à aucune évolution. Il s'agirait plutôt, en fonction de cela, d'une répétition, d'une « rumination » que d'une création en évolution[283].

L'illusion de perspective de ses œuvres pourrait être une représentation du surplace mental, de la stagnation, de l'autosuffisance souffrante de Günther, qui serait un faux routard, un voyageur en fuite de lui-même, un baroudeur psychiquement fragile. Il

[283] Comme le père de l'inspecteur Wallander, héros policier de l'écrivain suédois Henning Mankell décédé à l'automne 2015, qui passe sa vie à reproduire le même paysage (à la variante près de la présence ou non d'un coq de bruyère).

passe le temps par une créativité ne semblant pas donner lieu à sublimation mais ayant une fonction probable d'auto-holding, de maintien, comme un processus auto-calmant.

Commentaire sur l'errance à partir du cas de Günther

Si l'errant est enquillé dans une vie chronique, sur un territoire constant, dans des lieux et fréquentations devenus perpétuels, l'illusion tombe pour les autres qui ne peuvent plus le prendre pour un voyageur, pour un individu en quête de lui-même se mettant à l'épreuve du nouveau. L'illusion par contre ne disparaît pas toujours pour l'individu concerné, en fonction de la structuration de sa personnalité. L'errant stagne souvent «dans les mêmes eaux », dans les mêmes trajets et habitudes : c'est en tout cas ce que permet d'observer le travail auprès des errants grands précaires depuis les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Nous retrouvons cela dans le témoignage de Jean-Marie Roughol (2015).

Les « lignes d'erre » observées chez des jeunes malades institutionnalisés par Ferdinand Deligny (2013), semblent se retrouver bien souvent dans notre clinique en milieu « libre », hors murs institutionnels, y compris hors maladie mentale patentée: la partie précédente de ce second chapitre sur les cliniques de la rue nous a donné des repères pour ne pas confondre sur ce terrain les logiques très différentes des uns et des autres (psychotiques ou non psychotiques notamment), à symptomatologie identique ou proche.

Rappelons que les psychotiques semblant errer ne vivent pas leur vie *sans but* puisqu'ils suivent des exigences folles, délirantes, leur étant propres. Ces derniers ne semblent pas identiquement connaître l'ennui au sens d'une solitude péniblement ressentie, notamment lorsque leur sentiment persécutif est fort, les obligeant à éviter l'autre pour vivre moins angoissé.

La stagnation dans un périmètre restreint, connu, journellement patrouillé, laisse entrevoir que l'errant pourrait avoir besoin de repères constants[284] *: besoin de reconnaître, d'être reconnu peut-être surtout (comme si le regard de l'autre pouvait être attendu pour donner consistance voire preuve à la réalité de sa propre vie), et non nécessairement de découvrir (du nouveau). L'errant, même voyageur, ne serait pas un découvreur. L'unité de lieu et l'unicité du temps de sa vie est fort souvent repérée. Il y aurait besoin de répétition, de routine, de chronicité dans le fonctionnement psychologique de l'errant.*

Exemple clinique de Vanil : éléments issus du côtoiement et du suivi psychologique de ce patient sur plus de 10 ans

[284] Voir la thèse de Karine Boinot de 2007 intitulée *La construction psychique de l'errance. Stratégies institutionnelles d'offres et de demandes*. Cet auteur défend l'idée d'une organisation contrainte de la vie des errants. Elle n'insiste pas sur la définition de l'errance et semble la poser comme étant égale à la condition SDF clochardisée.

Présentation

Nous connaissons **Vanil** depuis plus de 10 ans. Il avait initialement moins de 40 ans. Les circonstances de notre premier entretien sont les suivantes. Vanil était sortant de cure de désintoxication alcoolique et devait, de retour à Rouen sans logement, investir un lieu de postcure. Entre la gare et cet établissement, sa soif ne résistait pas à la tentation de quelques verres de bières, ce qui générait son éviction et non son admission. Il augurait alors sa nouvelle existence, sans le savoir : celle d'un SDF alcoolique de la rue, d'un zonard des trottoirs rouennais.

Les entrevues se faisaient avec lui à l'occasion de notre venue hebdomadaire dans le Centre d'Hébergement d'Urgence ou dans les locaux de l'UMAPP, sur rendez-vous. Disons d'emblée qu'il y a eu des périodes « on » et « off » concernant cette relation thérapeutique, sans réelle rupture de lien. Si Vanil n'a pas toujours fait de démarches pour nous voir, il est toujours venu à notre rencontre le cas échéant, n'a jamais évité le contact. Nous avons de notre côté fait durer le lien en nous enquérant de son devenir en cas d'éclipses : nous avons souvent appelé, été chercher, mais aussi argumenté dans les institutions, pour Vanil qui évolue selon une force de casse auto agressive subtilement efficace.

Vanil a un parcours pouvant sembler atypique. Il a obtenu un haut niveau universitaire en sciences de l'enseignement, formation ad hoc pour les fonctions par lui exercées jusqu'à sa chute sociale, 2 ans avant son arrivée dans l'Hébergement d'Urgence. Son élocution était fluide et riche, moins aujourd'hui quoique pouvant encore faire illusion ou paravent à sa détérioration pour nombre de ses interlocuteurs du travail social. Cette personne aime le verbe, le mot, parler. Dans son environnement immédiat de SDF, il est toujours en compagnie mais se plaint de ne pas souvent trouver de personnes « intéressantes ». Sa culture, la façon parfois crâne et péremptoire dont il en fait montre, lui a assuré de nombreuses altercations dans la rue et dans les structures d'accueil. Il semble toujours avoir, de par ses connaissances (rares dans l'engeance), une place à part pour les professionnels (qui peuvent se méfier de lui et de ses réflexions souvent justes) comme pour les usagers (qui voient en lui un lettré).

Vanil est l'aîné de deux enfants. Sa famille habite une région française éloignée. Il a perdu son père d'un « éclatement du foie » quand il était jeune adulte. Il pourra dire que ses deux parents étaient alcooliques de deux façons différentes : son père de façon affichée, sa mère de manière indirecte. Il fait état d'une relation au père positive, incarnée, de moments partagés. Le père : un homme simple, peu ambitieux, présent pour ses enfants. La mère est par contre investie de façon particulièrement ambivalente : travaillant au service d'un homme d'état, alcoolique mondaine, sans comportements chaleureux avec ses enfants ni avec son mari… Vanil se serait identifié à la défaite paternelle. Les femmes dans sa vie auraient été recherchées et sources de frustrations et de violences, l'ayant emporté très loin. Vanil poursuivrait encore par téléphone une relation semblant littéralement sado-masochiste avec sa mère, où l'ambivalence est reine de part et d'autre selon lui. Dans l'actualité, le sujet ne pardonne rien aux figures féminines pouvant évoluer autour de lui (personnels

féminins des foyers, cliniques…). « Ma mère pense que son malheur vient de moi. Avec ma mère, ça dégénère».

Il est père de deux enfants qui avaient moins de 10 ans à son départ. Après cette date, qui correspond aussi à son divorce d'avec leur mère, il n'a jamais été dans les conditions suffisantes pour pouvoir les recevoir, les rencontrant tout un temps sans régularité au domicile de son ex-femme, soit dans son ex-propriété. Il reconnaît qu'avoir un père tel que lui n'est certainement pas classique mais estime avoir participé aux bases éducatives de ses enfants de telle sorte que leur actuelle apparente réussite, à l'orée des études supérieures, en dirait quelque chose. Cette manière de penser n'est pas autosuggestion antidépressive : Vanil compose avec les restes d'un Moi plutôt surdimensionné.

Témoin de près de 15 ans de rue et d'urgence sociale

Nous donnons ici un témoignage de la vie de Vanil sur ces 12 ou 13 dernières années « de notre fenêtre » de psychologue en EMPP, poste permettant des observations directes de comportements (dans notre structure, sur nos lieux de permanences, dans la rue…), des observations de réputation dans les institutions parcourues par le sujet et parfois sur la vie interne de personnes SDF et des données intrapsychiques liées au travail thérapeutique, aux entretiens cliniques.

Vanil, pendant des années, allait de mal en pis. Dès ses débuts dans l'urgence sociale, il n'aurait pu profiter constructivement des aides sociales venant à ses devant, s'en tenant uniquement aux offres dîtes de « bas seuil » (Strohl, Lazarus,1995). Il faisait l'expérience d'une plongée abyssale dans l'alcool. Nous l'avons trouvé et secouru un matin d'hiver gelé vers 8H00 devant le centre de nuit où il n'avait pas dormi : il était en position fœtale, entre deux voitures (comme un cadavre avions-nous pensé), sans mouvement, très peu vêtu : un simple teeshirt. Nous ne l'avons pas reconnu un autre jour où il avait été battu par un violent : son visage était littéralement bleu, ses traits disparus sous les tuméfactions. Dans les désignations internes, les « private jokes» de notre équipe, un tel patient est baptisé « grand sportif de la rue », terme désignant les risque-tout de la casse, imprudents inconditionnels aimantés aux événements extrêmes pouvant se présenter, fréquentant dangereusement la limite mortelle, grands masochistes parfois.

Vanil a connu nombre des mésaventures que la rue permet. Il a bu de tous les alcools, a consommé opportunément en même temps différents toxiques (essentiellement du cannabis), ce bien après ses jeunes années : pas de renoncement avec le temps dans son cas. Les tentatives d'aide ont été nombreuses : orientations multiples vers des sevrages en hospitalisations, amenant dès la sortie des rechutes. Les sorties étaient souvent problématiques, hors de son fait aussi, puisque prévues fréquemment avec un retour… au Centre d'Hébergement d'Urgence. Mais lorsque des projets ont été construits avec lui pour investir un autre lieu, plus sécurisant et privatif, Vanil n'a pas

été jusqu'au bout. Retour à la case rue/urgence. Vanil ne va jamais au bout des hypothèses favorables.

Plusieurs hospitalisations ont eu lieu en service spécialisé en comorbidités psychiatrie/toxicomanie, aboutissant systématiquement à un état strictement inchangé ou à une sortie anticipée par consommation illicite sur le temps du soin. Toujours en vie, toujours pareil. Quelle résistance, sommes-nous en droit de constater[285]…mais aussi d'interroger, au sens de la résistance psychique au changement, à investir autrement la pulsion de vie…

Entre autres choses, dans l'Hébergement d'Urgence lui a été proposée l'implication dans les ateliers d'Aide/Adaptation à la Vie Active (AVA). Ce dispositif à visée de reprise de rythme et occupationnelle permet un petit travail et une (très) petite rémunération (2 euros par heure[286]) cumulable avec le RSA par exemple. Etant donné sa culture générale et son ancien intérêt pour la lecture, il lui a été demandé de ranger les livres de la bibliothèque, ce qu'il a fait quelques jours avant d'abandonner.

De manière intercurrente, certains organismes ont essayé de tenter pour lui (plus qu'avec lui) des « coups », peut-être comme des passages à l'acte, hors préparation puisque celle-ci ne semblait jamais avoir permis quelque progrès. Ainsi, contre toute attente, du jour au lendemain, certains confiaient à Vanil un petit logement individuel d'où il était chassé seulement deux semaines après. Les accompagnants de ce lieu constataient après ce laps de temps une totale incurie du sujet, une dégradation de l'appartement, le sol disparu sous une jonchée de détritus et de cadavres de bouteilles et cannettes. Vanil ne sait pas/ne sait plus habiter[287]. S'il n'est pas anosognosique de son alcoolisme (nous reparlerons de sa relation ambivalente au produit alcool, à la rue, à l'autre), il l'est par contre à son incurie quand elle se produit, n'advenant qu'en situation de solitude isolée, jamais en foyer.

A plus de 50 ans maintenant, Vanil accrédite l'orientation lui ayant été proposée à l'URAS[288]. Avant cela, voici quelques mois, il avait choisi de dormir seul dans le fond d'un grand parking, en rupture avec le Centre d'Hébergement d'Urgence. Nous appelons pour lui cette pulsion vers l'exposition, en nous inspirant de l'œuvre de Jack London[289], « l'appel de la forêt ». Vanil, sensible à l'humour, comprend et accepte bien cette terminologie qu'il fait sienne maintenant.

Musicien, il aime mettre en avant son côté artiste. Vanil joue, Vanil compose. La musique, un des rares investissements auquel il n'ait pas renoncé. Une équipe

[285] Donnant raison à l'adage : « il y a un bon dieu pour les alcooliques ».

[286] Des déboutés du droit d'asile restant hébergés dans les structures de l'urgence sociale voient dans ces activités leurs seules sources de revenus.

[287] Le fait de pouvoir habiter ou non est un point qui a été très étudié par l'équipe de l'ORSPERE. On se réfèrera par exemple au Numéro 7 de décembre 2001 (déjà mentionné dans notre présent travail) du journal Rhizome, en ligne à l'adressehttp://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome7.pdf.

[288] Voir partie II-5-2 de cette thèse sur l'Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale. L'exemple de vanil conforte jusqu'à un certain point l'idée selon laquelle l'entropie « soigne » puisqu'elle autorise à accepter un peu mieux la stabilisation, le «confort».

[289] Auteur ayant été témoin volontaire de nombre de manières de vivre exposées de ses contemporains les plus humbles : les jeunes marginaux de San Francisco, les hommes de la ruée vers l'or, les sans-abri, dont la vie infernale au début du XXème siècle à Londres est proche par nombre d'aspects de ce qu'a observé Jean-Luc Porquet en France à la fin des années 1980, avant le RMI. Le titre de ce dernier ouvrage de London: *Le peuple de l'abime* (1902).

éducative a permis d'éditer (à tirages très réduits) un minidisque avec quatre de ses œuvres, dont nous parlons plus bas.

Tous les étés, il prend son instrument et fréquente les pelouses de la ville où l'on chante. Bronzé, *il se perd victorieusement* : très alcoolisé et intoxiqué, il renonce volontiers à venir au Centre d'Hébergement. Il se transforme, pourrait-on croire, en festivalier bohême transporté par son art, hors du temps et hors de son âge. Il suit «des jeunes », il joue avec « des jeunes », il devient de ceux-là nous semble-t-il. Sa situation récente l'amenait à réfléchir à investir l'URAS qui ne représente pas véritablement une institution de jouvence. Avant son arrivée, il voyait un inconvénient à se trouver avec « des anciens » ; après son installation il trouvait apaisement à voisiner des gens calmes. Dernièrement, il se montrait cependant si bruyant dans la collectivité, si insoumis aux règles, qu'il était évincé après quelques semaines, pour regagner l'Hébergement d'Urgence…

« L'appel de la forêt ». Cet homme l'a déjà ressenti et suivi totalement. Un été, il partait pour une ville balnéaire de la région, attiré par la mer. Il ne la voyait en fait pas du tout, au cours des mois passés là-bas, installé/échoué (là encore *victorieusement)* dans un terrain vague ferroviaire près du seul Centre d'Urgence. « J'étais bien, j'ai toujours aimé le camping ! Je faisais de la musique, il y avait des jeunes qui passaient ». Jusqu'au jour où on détruisait son abri, volait ses affaires, menaçait sa vie.

Notons que dans les aventures dehors, Vanil n'est pas un Robinson : il attend le groupe, la place, le rôle, la tchatche, un statut d'exception, une certaine hauteur. Si bien des choses sont en berne manifestement dans sa vie, demeure (sans domicile) le besoin de paraître, le désir de séduire.

Présentons de textes ou extraits de trois chansons de Vanil.

Il est trois heures *(texte entier)*

Il est trois heures dans ce merdier,

J'arrive pas à me rendormir

Que me réserve cette journée ?

Que me prévoit cet avenir ?

Assis devant cette page blanche

Je réfléchis et je soupire

A part m'saoûler, r'garder les filles

Qu'est-ce que j'ai donc dû faire de pire ?

Qu'est-ce que j'ai donc dû faire de pire ?

Pour être là, à supporter

La détresse humaine

Ni Dieu ni Maître, disait Ferré,

A propos d'Dieu, y-a rien à dire

J'ai envie de tout faire sauter

Voir voler en éclats cet empire

C'est pas Byzance, loin de là

C'est pas non plus le caniveau

Un repas chaud et puis un toit

Tu crèveras pas d' froid mon poteau

J'aimerais te dire que ça passera

Que les oiseaux voleront bien haut

Que le ciel entier t'enveloppera

Que le soleil te tiendra chaud

Mais j'ai des doutes là-dessus

Sans pessimisme superflu

Combien partiront avant toi

Avant d'dire ouf assis sur l'cul

Quand la bouteille cette putain

Qui te montre pas le chemin

Mais qui est toujours là avec toi

Qui est menottée à ta main

Libellule *(extraits)*

J''reviens de loin, ça j'peux le dire,

J'ai toutes mes dents, de beaux enfants

Pourtant je rumine, je soupire

J'me d'mande si j'en ai pour longtemps

Mais qu'est-ce que j' fais dans cette cité

Qui n'a jamais d'mandé à m'voir

Et pour laquelle j'ai sacrifié

Sens de l'honneur, sens du devoir

Je suis le fils d'une bonne famille

Qui prend l'eau tel un vieux rafiot

Perché au sommet d'une brindille

Un coup d'vent et j'me r'trouve à l'eau

Depuis longtemps je sais nager,

J'arrive toujours à virer d'bord

Mais j'ai plus la main,

j'ai plus pied Où est ce satané rebord ?

Je suis en train de me noyer

Dans un flot de souvenirs sinistres…

Demi-siècle *(extraits)*

Presqu'un demi-siècle et j'ai toutes mes dents

Pas tout à fait un homme, sûrement plus un enfant

Et je cherche des marques que je ne trouve pas

Cela dit je me targue de pas baisser les bras

J'ai quand-même des repères

Et je t'attends toujours

Au fond de ma galère

Tu viendras mon amour

Me réchauffer les os

Les os d'une vieille carcasse

Passer la main dans l'dos

Avant que j'n'trépasse

On notera, dans la ligne de ce que nous avons déjà mentionné à propos du fonctionnement psychique de Vanil, l'hésitation générationnelle et le non renoncement à l'étayage féminin, voire au holding maternel chez lui particulièrement défaillant et ambivalent (il attaque volontiers les images féminines rappelons-le). L'image de

l'alcool menotté est forte à décrire la dépendance comme une relation verrouillée… La mort est un spectre omniprésent dans son écriture.

Vanil, admis au moment où nous écrivions ces lignes quelques mois à l'URAS, a réussi à s'en faire exclure. L'entropie ne contre pas encore suffisamment son besoin oppositionnel ni l'appel de la rue, manifestement. Il continue de nous consulter régulièrement à l'UMAPP et nous le croisons dans les lieux réservés aux SDF.

Retombé dans l'urgence, vite agressé, faisant de nouveau l'expérience de sa fragilité et de sa moindre résistance, il a spontanément essayé de se passer d'alcool quelques jours, sans aide, y a réussi « en buvant beaucoup d'eau et en passant de sales quart d'heure ». Il commente : « mais j'ai repris, comme d'habitude, parce que ça ne me convient pas l'arrêt complet. Même si je vise l'abstinence, non, ça ne me convient pas. *Je ne sais pas pourquoi, il me faut un voile devant les yeux. Un voile pour quoi, je ne sais pas ».*

Suite des éléments phénoménologiques : l'errance comme «surplace conservateur »? Moins de suicide chez les SDF qu'en population générale.

La découverte de nouveautés ne semble justement pas être l'attente des personnes en errance, dans les observations cliniques auxquelles nous nous référons. D'ailleurs, est-on dans l'état d'errance si l'on possède la qualité sensible de découvrir et d'apprécier la nouveauté? *L'errant est peut-être justement celui qui ne jouirait pas de cette possibilité de décentration, de regard sur le monde, de recherche. Il n'y aurait pas de faculté authentiquement interrogative/contemplative chez lui*[290]*.*

Pourrait-on associer l'errance à un défaut d'évolution de/dans la personnalité qui la vit, à un problème du développement psychologique, à une immobilité psychique conservant l'individu dans une stase unique, monolithique, fixe? L'errant peut bouger mais reste identique à lui-même, sans âge précis (comme l'indiquerait singulièrement le cas de Vanil mais aussi celui de Benoît) donnant l'idée d'une autoconservation relativement maintenue malgré les expositions qu'il s'inflige, qu'il n'évite pas et qui, peut-être, lui donnent le sentiment d'exister… sans plus de pulsion de vie, de différenciation, d'investissement narcissique positif du Moi. *L'errant resterait fixement dans l'errance, insensible sur le fond à l'environnement.*

Il n'y aurait pas non plus de rapide involution dans un tel système, notons-le. Les suicides ici ne sont en effet pas si fréquents semble-t-il. En nous référant à l'article en ligne du journal Les Echos du 11 septembre 2013 intitulé « Quand meurent les SDF » et ayant trait à l'étude des causes du décès des SDF, nous soulignons ce passage :

[290] Contrairement à la représentation stéréotypée de l'errant clochard tel qu'abordé dans la chanson de Nougaro étudiée au chapitre I, partie I-6 de cette thèse.

« […] En comparant la population SDF et la population générale appartenant à la même tranche d'âge et composée de la même proportion d'hommes et de femmes, l'Observatoire relève que le taux de suicide chez les SDF est près de deux fois moins élevé. La misère extrême n'est donc pas un facteur favorisant des gestes désespérés»[291].

Poursuivons sur un passage du livre-témoignage d'Yves Leroux, *Le cachalot* (1998) : « Les zonards qui ne se suicident pas, qui continuent à survivre, encaissent quotidiennement ». Cet auteur, ancien de la rue, met en avant l'étonnante aptitude à *encaisser* des SDF, devenus excessivement résistants à toute difficulté[292].

Un autre témoin/auteur, Jean-Marie Roughol, évoque son copain Fred, SDF, qui risque de se suicider (2015, p. 122-123). Fred n'est pas un SDF errant manifestement : c'est un sans papier qui ne réussit pas à s'extraire du vécu pénible par un mécanisme interne d'auto exclusion ou par des addictions[293]. Il en reste à la descente mélancolique et ne semble pas réussir à entrer dans *l'indifférence de survie*, défense précisément nécessaire pour vivre encore dans de telles conditions pouvant apparaître comme dépourvues de sens, comme « la vie pour rien » dont nous avons parlé plus haut (chapitre I).

Remarquons aussi, pour clore cette remarque, que l'auteur devant ce tableau très inquiétant d'un camarade suicidant, réagit à l'absence brutale de celui-ci dans le quartier, dans l'espace partagé jusque-là, non pas en le recherchant, en étant dans une action à potentiel aidant, mais en en restant à une « sortie » magique : « Il voulait repartir dans son pays, le Cameroun, il n'était plus bien en France. Un jour il a disparu. *Je pense* qu'il est parti là-bas et qu'il est heureux ».

Un faux dégagement, une erreur de jugement, comme le serait de voir le bonheur à portée de main pour l'individu blessé à la planche 3BM du Thematic Apperception Test: il y a discordance. Les personnes SDF pourraient, pour se protéger d'affects dépressifs, en venir à l'usage ordinaire de ce type d'annulation de toute gravité (distorsion sur un point de la réalité, clivage). Il y a inadéquation avec la réalité; peut-être y a-t-il bonne adéquation par contre avec le fait de continuer de vivre, avec la dynamique de survie.

Proposition d'images parallèles

Le sur place : immuabilité

Osons renvoyer cette notion de « sur place » de l'errance à l'image de la pratique du vélo d'appartement. L'action du cycliste d'intérieur ne vaut pas pour le déplacement

[291] http://www.lesechos.fr/11/09/2013/LesEchos/21519-036-ECH_quand-meurent-les-sdf.htm#VGz5gKmgL8BAeq2d.99

[292] On pourra se reporter dans ce travail à l'annexe N°8 que nous consacrons à une reprise commentée de l'ouvrage d'Yves Leroux. Cet auteur dit lui-même (interview à Libération) avoir commis un « suicide différé » en s'engouffrant de manière perdue dans l'alcool après le départ de sa compagne. http://www.liberation.fr/portrait/1997/01/06/yves-le-roux-50-ans-est-sdf-par-fiertecet-ex-prof-refuse-d-etre-pris-en-charge-et-se-tient-a-l-ecar_194984

[293] Nous pensons que la population étrangère à la rue en France, sans solution de droit sur le territoire, est plus en risque suicidaire que les errants authentiques.

(qui n'existe pas) mais par son mouvement (qui conserve en bonne santé en minimisant les expositions, les risques : on n'est pas soumis aux accidents, au climat, à la pollution, aux chambres à air fragiles…). En appliquant ce parallèle imagé à l'errance, nous voyons qu'elle ne serait pas une non-vie : il y a dépense d'énergie, de temps, permettant de vérifier le fait d'être vivant, de faire fonctionner _ comme/même « à vide », expression intéressante pour l'errance _ son être, corps et esprit. Ce faisant, l'activité développée ne mène a priori pas « quelque part », n'est pas plus dirigée.

Le corps et le psychisme de l'errant seraient « en roue libre », sans relever d'un « rien absolu ». De la sorte, le gain viendrait de *l'exercice des fonctions* qui, par cet « entraînement », se maintiennent *plus ou moins* puisque, comme dit plus haut, le fait de vivre à la rue accélère l'entropie[294].

La vie de l'errant se suffirait ainsi, sans attente consciente d'autre chose le plus souvent. Dit autrement, « toute la vie de l'errant serait là », et ne nous semble pas remplie pour faire le lien avec notre premier chapitre, voire gâchée, comme l'indique l'expression (terrible) « la vie pour rien » employée par Patrick Declerck et Patrick Henri. La vie de l'errant serait là « quand-même » en quelque sorte, rabougrie, stagnante.

La conservation apparente

Eprouvons une autre image parallèle : celle du musicien qui, sans avoir un but artistique défini à l'instant T, continue de jouer ses gammes, de s'astreindre à des séances de répétitions d'œuvres. Pour son plaisir possiblement, mais aussi pour être disponible, au niveau, au jour d'un prochain projet. Il conserve opérationnelle sa condition technique pour une future occasion non encore advenue.

Chez l'errant par définition, pas de projet, mais la « machinerie » peut sembler entretenue au dommage près causé par les conditions d'exercice de l'errance (la vie dehors, etc…).

Limite de nos comparaisons

Les comparaisons que nous risquons avec l'adepte de la cyclette et le musicien en attente de projet atteignent une limite rapide: si ces deux personnages conservent ou développent leurs acquis par l'exercice, il est évident, vérifié que l'errance à la rue n'est pas un bon mode de conservation, n'est pas sans danger.

Il nous semble possible de dire qu'elle maintient en vie sans conserver intactes les fonctions vitales, psychiques notamment.

Le cas de l'errant est en démarque au sens de la non-attente d'un possible projet ultérieur de vie. *Cet avenir projeté différent du présent, cet espoir, ne semble pouvoir*

[294] Entamant gravement, nous l'avons répété, l'espérance de vie des sujets sans chez soi (partie II-5-2 de ce travail).

réellement advenir chez lui. Cette fonction de projection du sujet normal serait en souffrance chez l'errant, sinon condamnée, impossible.

Ce qui apparaît de l'extérieur comme « la vie pour rien » ne peut équivaloir à « la vie réalisation », tant socialement (c'est une évidence très immédiate au contact des errants désocialisés) que psychiquement (ça ne se voit pas toujours au premier abord). *Les frictions avec tous les inconforts, au quotidien, ne sont pas sans conséquences et pourraient aboutir à la perte du sujet par lui-même.*

Mais tout autant, la perte du sujet par lui-même détermine cette indifférence aux expositions, ce qui rejoint l'hypothèse de Jean Furtos du désinvestissement auto-excluant et désensibilisant[295].

Ces premières remarques nous permettent d'apporter notre attention maintenant à l'énigme de la pensée réflexive dans l'errance, ou de l'errant : que peut se dire celui qui la vit, que voit-il de lui-même?

L'errance, un non-dit du sujet pour lui-même relevant d'une pensée réflexive défensivement indisponible?

La définition première de l'errance, descriptive, de l'extérieur, ne donne pas d'indication sur ce que vit l'errant : pense-t-il errer ? Sait-il qu'il erre? Qu'en dit-il ? Que se passe-t-il à l'intérieur de la vie psychique de celui qui erre ? Est-ce un reflet fidèle au dehors de ce qu'il vit au-dedans ?

Remarquons que généralement l'homme ou la femme concerné(e) *dans les conditions ordinaires* (hors crise dépressive, existentielle ou réactionnelle où d'autres éléments peuvent paraître), n'en dit rien ou très peu. Si des mots tombent, ils sont jetés rapidement remarquons-nous, en passant, « vite fait » comme peuvent dire nos jeunes patients ces dernières années. Ils sont fort peu informatifs, donnent l'impression de devoir fuir ce qu'ils abordent. Il peut en aller autrement lors de moments extraordinaires, tels des crises donc, pouvant au contraire donner lieu à des plongées très différentes. Nous en avons donné écho à propos des jeunes en errance[296].

Il s'agirait chez l'errant d'une forme de *non-dit paradoxal* sur la vie qu'il mène. S'il apparaît normal, en conditions de vie ordinaire, de pouvoir se pencher sur soi, l'errant démontre qu'il est possible au contraire de ne pas pratiquer cette réflexivité.

Peut-être _ et nous en faisons l'hypothèse _ est-il défensivement nécessaire pour lui de ne pas opérer à ce retournement réflexif: si un homme « choisit », au sens du *choix inconscient d'un symptôme, l'errance, si l'errant erre, c'est pour se défendre.*

L'errance semble hors contrôle, elle serait non programmée, automatique et probablement *défense principale au sens où elle englobe l'entier de l'être*. Elle serait en ce sens trouble de la pensée et trouble de la pensée sur soi, employant différents

[295] Voir la partie II-2-2 dans le présent travail.
[296] Voir dans le présent travail la partie II-3-2.

concours externes (notamment l'usage fréquent de psychoactifs) pour se maintenir, continuer d'écarter le sujet de lui-même, de créer des écrans (approximations, pauvreté ou aspects confabulés des récits, répétition des mêmes schémas…).

Les situations cliniques que nous rencontrons renforcent cette manière de poser les choses : les entretiens comportent quelques instants (comme des temps volés) dans le vif du Self des personnes concernées contre beaucoup d'autres logés dans le lointain de soi, c'est-à-dire surtout dans le factuel de la vie ordinaire et dans l'événementiel, le descriptif. Le sujet en errance n'est ainsi pas disert sur lui-même.

Aux questions directes il se refuse, *au sens d'une esquive fondamentale et inconsciente qui le contraint lui-même au silence, à ne pas s'entendre en tant que sujet hautement différencié (il est là comme les autres dans le foyer par exemple, dans une galère égale, etc).*

Nous avons aussi exposé comment les personnes dites en errance acceptent de nous rencontrer, en s'appuyant sur le désir des autres et sur les annonces leur étant faites[297], susceptibles parfois de les faire réagir (plus rarement élaborer) de l'extérieur sur leur problématique personnelle.

Errance et résistance à la nouveauté

Nous vérifions en pratique dans les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité ce que nous énoncions plus haut, c'est-à-dire que l'errant n'est guère en capacité interne (du fait de la vie errante ? du fait d'autres composantes personnelles ?) de goûter aux stimulations nouvelles qui peuvent parfois s'offrir à lui. Il ne semble généralement pas qu'il les recherche.

S'il est possible qu'il en profite lorsqu'elles se présentent, notamment du fait de propositions émanant d'autrui, il en irait ici comme d'une occurrence opportuniste simple : profiter d'un hasard, sans l'espérer ni le laisser passer. *Après-coup, il n'y aura pas la plupart du temps de recherche une nouvelle fois vers ce qui a pu être plaisant (comme il devrait en être selon l'hypothèse freudienne du principe de plaisir).* Nombreux sont ceux qui, par exemple, acceptent avec intérêt de faire un séjour ou du sport avec des animateurs, improbables ceux qui en prendraient eux-mêmes l'initiative.

Se retrouve ici la question des structures de personnalité : les rares névrosés vont apprendre, se saisir, réutiliser et rebondir. Les psychotiques vont rarement en profiter, indifférents. Les vrais errants ne vont « pas y croire ». C'est aussi en ces observations que *l'errance interne* ne peut être considérée, selon nous, comme « trans-structurelle » (Douville, 2008, p. 31).

Le problème tient bien, après ces observations et données logiques, à la qualité de l'investissement, à l'absence de prise personnelle authentique, à l'insuffisante incarnation du désir.

[297] Dans cette étude, voir la partie V-5 de l'Introduction Générale.

Ceci vaut notamment pour le désir de soins et explique objectivement que peu y accèdent « élaborativement », la nature possible du soin ne tenant alors que de l'aménagement[298]. L'effort soignant devrait être admis dans ce sens et non dans celui d'une improbable perlaboration de la position dépressive, bien trop massive pour être analysable ici.

L'errance est souvent accompagnée de consommations psychoactives, même s'il est impossible de la résumer aux conséquences d'une intoxication. Tout psychoactif (sauf le tabac, dans les substances courantes) modifie le rapport au réel, à l'extérieur, à l'autre. Il est possible que cet apport soit utile à qui doit fuir son intériorité (souffrante, qui plus est dépressive ou mélancolique, suicidaire). Dans ce sens, les errants pourraient être consommateurs privilégiés de ce type de produits, ce que nous repérons en effet très fréquemment.

Mettre un besoin à la place du désir semble pouvoir souvent guider leurs conduites et leur donner de quoi meubler le temps et tromper/camoufler l'errance, comme le montre par exemple le cas de Benoît (voir partie II-5-2, pages 192-195). Le seul but devient ici la prise ou le shoot, l'assouvissement du besoin devenu organique.

Pour citer le célèbre texte de Boris Vian, « Je bois », chanson de 1955:

« […] Je bois sans y prendre plaisir

Pour être saoul

Pour ne plus voir ma gueule

Je bois dès que j'ai des loisirs

Pour pas me dire qu'il faudrait en finir ».

Errance et processus « auto-calmants »: l'acte et le mouvement comme défense

Claude Smadja et Gérard Szwec (2001) parlent de « procédés auto-calmants», notion proche de « l'excitation calmante » proposée par André Ciavaldini (1999) sur le terrain des propensions délictueuses (agressions sexuelles) de certains fonctionnements psychiques.

Pour ce dernier auteur, le délit récidivant signerait l'échec du premier passage à l'acte à réellement calmer l'excitation (dystone, anormale) du sujet. L'inflation de la gravité des passages à l'acte (ici sexuels) pourrait ainsi trouver explication. La question de la « qualité » de l'acte est alors posée, renvoyant à son pouvoir de calmer la tension interne.

La dromomanie, ce besoin irrésistible à marcher sans raison (consciente), cet automatisme ambulatoire (Hacking, 2002), pourrait relever de ce type de fonction et

[298] Ce qui n'est ni bien ni mal ajoutons-nous, notant dans cette remarque le fait que les améliorations de trajectoires sont toujours intéressantes pour les sujets, quelle que soit la modalité d'accès à celles-ci et malgré la portée limitée des psychothérapies qui n'ont d'efficacité qu'accrochées à d'autres aides.

correspondrait à nombre de cas de personnes vraiment en errance : le recours au mouvement (comme à la cyclette pour rejoindre notre image phénoménologique introductive) se retrouve.

Tous les éléments de type phénoménologique que nous venons de proposer mettent en perspective le chapitre que nous ouvrons. Mieux repérer ce qu'errer veut dire suppose de pouvoir opérer des distinctions avec d'autres notions, connexes, voisines, ici prises dans le champ psychopathologique essentiellement.

Concernant la méthode suivie, nous avons choisi des textes nous ayant semblé (subjectivement) pertinents pour poser la définition du concept utilisé et pour le développer. Ces textes relèvent au sens large de la psychopathologie, d'origine psychanalytique et/ou psychiatrique. L'aspect disparate des sources est revendiqué, ne nous inscrivant pas dans un mouvement ou une école mais faisant appel à des inspirations larges tout en restant fidèle aux principes complémentaristes.

Nous n'avons pas l'ambition de cerner de manière exhaustive la question de l'errance par nos confrontations : d'autres pourraient s'y ajouter certainement.

II-9 Errance et ennui

Pourquoi confronter l'errance à la notion phénoménologique de l'ennui ?

La vie errante, non obligatoirement passive et inactive puisqu'un mouvement est perpétuellement maintenu comme nous venons de le mentionner, semble comporter une part importante, voire essentielle, de répétition. Celle-ci mène-t-elle à l'ennui ? Ou plus exactement, les personnes vivant ainsi, souffrent-elles d'ennui ?

L'ennui, pour le Robert, relève d'une « tristesse profonde », d'un tourment. L'acception de l'ennui que nous privilégions est celle de « l'impression de vide, la lassitude causée par le désœuvrement, par une occupation monotone et dépourvue d'intérêt ». Le Robert en dit encore : « mélancolie vague, lassitude morale qui fait qu'on ne prend d'intérêt, de plaisir à rien » et qui renvoie notamment à la langueur, à l'abattement, au cafard, au spleen.

Michèle Huguet dans *L'ennui ou la douleur du temps* (1987) considère que ce ressenti signerait une faute d'anticipation.

Véronique Nahoum-Grappe a développé en 1995 une pensée originale sur l'ennui dans son essai *L'ennui ordinaire*. Il s'agit d'une étude phénoménologique, méditative et sociologique, venant dévoiler l'ennui comme une dimension de l'existence humaine peu abordée et pourtant a priori vraie pour tous dans une société comme la nôtre.

Il ne s'agit pas dans son étude de *l'ennui de posture,* de l'ennui « intéressant » des romantiques mais bien de celui de tous, *l'ordinaire* : il correspondrait à la morosité de chacun à un moment sociohistorique donné[299], inspirée ou condensée dans des

[299] Véronique Nahoum-Grappe étudie d'abord la société actuelle, une « société à individualismes » peut-elle dire.

scènes et des objets tels les dimanches après-midi d'automne pluvieux (Nahoum Grappe, 1995, p. 59).

Notons que cette mélancolique représentation a été chantée, par exemple en 1975 par Dick Annegarn dans *Coutances* ou en 1982 par Charlélie Couture dans *Quoi faire?* Le groupe Téléphone chantait au début des années 80 *J'suis parti de chez mes parents,* qu'ils débutaient en répétant les mots « qu'est-ce que je peux faire, j'sais pas quoi faire », reprise provenant du film nouvelle vague *Pierrot le Fou* de Jean-Luc Godard (Op. Cit. p. 191). L'ennui est aussi chanté par les Clash dans *London Burning*: Joe Strummer y explique que « le désœuvrement fait de toi un indésirable qui fait de toi un punk » (ibid).

L'ennui irait avec des représentations « grises » nous dit l'auteure, des représentations obscurcies, sans lumière, sans brio, nous inviterait du côté dépréciatif de nous-mêmes, vers une introspection sévère et rabaissée. Cette inclination pouvant se défaire comme elle est venue. *Elle serait toutefois comme un fond de soi, à découvert plus particulièrement dans ces conditions.*

Véronique Nahoum Grappe fait de l'adolescence *l'âge gris,* l'époque de l'ennui par excellence.

Le dimanche après-midi, c'est alors que nous pouvons, plus qu'en d'autres circonstances, ressentir la vacuité fondamentale de notre être… Le piège du confort ferait le lit de l'ennui bourgeois (Op. Cit. p. 182). Mais l'ennui peut nous prendre (scandaleusement) y compris quand il est socialement prescrit de profiter et de vivre pleinement comme pendant les vacances (Op. Cit. p. 233).

« Comment le vide de quelques heures libres, que la journée réserve aux chanceux qui échappent aux travaux obligés, pourrait-il être « insupportable » ? Que signifie la question évidente du « passe-temps », question qui devient de plus en plus cruciale au fur et à mesure que le temps de vivre se rétrécit ? Ainsi les vieillards sont dans cette situation paradoxale que plus la vie est courte et plus le temps est long » (Op. Cit. p.37). L'auteur voit dans « la matrice grise de l'ennui » le ferment de ce qui fera chez certains la précipitation suicidaire, « un sentiment de clôture […] qui déjà tournait le dos au futur».

L'ennui n'est pas « annonciateur de catastrophe » forcément : « il est aussi un signal sur ce qui est en train d'être vécu » (Op. Cit. p. 53).

Commentaire

Il s'agirait d'une alerte qui précisément manquerait aux personnes en errance. Malgré « la galère », « la zone », le fait de vivre désœuvrées dans la société, elles ne semblent pas en capacité de se défaire de cette vie, nous autorisant à questionner leur souffrance psychique dans cette dynamique. Elles feraient fi du signal qui apparemment, pour elles, n'existe pas ou plus. Remarquons bien sûr la familiarité avec le *signal d'angoisse* de Freud qui fait sens et défense pour un appareil psychique non traumatisé (Freud, 1920).

L'ennui viendrait, à suivre Véronique Nahoum, comme envers du décor social actuel, comme échec du progrès sur le fond humain. On sortirait de l'ennui par la nouveauté, la surprise, quand on rompt avec l'habituel.

Elle met l'accent sur ce qui tient d'une expérience paradoxale : *le vide pèse,* amène à se voir nul ; *le vide, ressenti dans l'ennui, est écrasant.*

Celui qui s'ennuie se vivrait comme un déchet. Est-ce pour cela que les personnes SDF « éviteraient » (inconsciemment), comme nous l'avons indiqué, de penser/réaliser leur ennui? Est-ce une manière de ne pas se risquer à une pensée dangereuse au sens mélancolique ? *Un besoin d'évitement massif, mobilisant une défense presque totale, serait ainsi convoqué. Cette notion semble compatible logiquement avec la statistique proposant un taux de décès par suicide chez les SDF (tous types de personnalités confondues comprenant les demandeurs d'asile non hébergés) près de deux fois moindre qu'en population générale*[300]*.*

Les cliniques de la rue telles que nous les avons exposées dans la première partie de ce chapitre nous permettent d'entendre des différences marquées à propos du sentiment d'ennui.

Les demandeurs d'asile, ces SDF malgré eux, souffrent de la vacuité de leur vie à leur arrivée en France, de l'attente désœuvrée obligatoire leur étant réservée. L'ennui les atteint, ils s'en plaignent, essaient quand ils ne souffrent pas excessivement sur le plan psychique par ailleurs, de « s'occuper », de faire passer le temps qu'ils ont la notion nette et pénible de perdre.

Parmi les demandeurs d'asile, selon notre expérience, nombreuses sont les personnes présentant des états dépressifs et/ou de désespoir amenant à des passages à l'acte visant l'autolyse. Les articles de presse relatant des suicides de tels migrants sont fréquents, apparaissant dès que l'on tape « suicide demandeurs d'asile » sur un moteur de recherche internet par exemple. Il est probable que ce soit eux qui, parmi les SDF actuels en France, en viennent le plus à ce type d'extrémités.

Les personnes non psychotiques installées à la rue et relevant pour beaucoup de difficultés abandonniques anciennes ne parlent jamais spontanément d'ennui, selon notre expérience, *en contexte conversationnel ordinaire*. Ils évoquent leur désœuvrement sous l'appellation « galère » le plus souvent, qui semble plus indiquer une anesthésie qu'une souffrance, une lourdeur, un état de fait auxquels les individus en question ne s'opposent pas ou plus (ils s'en plaignent à peine parfois), qu'ils aménagent : en restant en groupes, souvent autour d'une bouteille, avec l'agrément de conversations peu intimistes. De nombreux témoignages de cette vie sont accessibles par le livre récent *Je tape la manche. Une vie à la rue* de Jean-Marie Roughol (2015)[301].

[300] Voir l'article « Quand meurent les SDF » cité page 230.

[301] Ouvrage préfacé et postfacé par Jean-Louis Debré.

Le vide, pourtant central et omniprésent, partie constitutive de beaucoup de ces parcours depuis l'enfance, serait « aménagé », évité psychiquement, annulant l'ennui.

L'autoconservation, relevant de la survie (le « vivre quand-même ») prendrait le pas sur l'avènement d'un sujet hautement différencié.

Les mêmes personnes, *en contexte intime d'entretiens psychologiques*, semblent pouvoir partiellement réaliser l'ennui, progressivement, en mettant en mots leur vécu. Cet effort ne semble possible qu'en présence du soignant (du simple tiers parfois), s'estompant jusqu'au rappel constitué par l'entretien suivant.

Exemple clinique de Gilles : une vie sans l'ennui ?

Gilles aurait vécu son enfance entre deux parents déséquilibrés: une mère alcoolique n'ayant guère investi la relation à ses enfants; un père violent et également gravement alcoolique, qui utilisait les ressources musculaires de ses enfants pour ramasser le bois en forêt l'hiver, réaliser des travaux, exécuter les tâches ménagères restées en suspens. Des « parents terribles ». Une enfance qu'il pose sous l'égide de la peur, des manques, de la solitude, malgré la fratrie. Il pourra dire justement, en cours de psychothérapie et après avoir stoppé sa consommation d'alcool, après sa sortie de la rue : « on a beau avoir été quatre, on ne nous a pas appris à *faire corps ».* Il aurait été battu par père et mère « sans raison », journellement, en tant qu'aîné. Sa scolarité aurait été amputée de la possibilité d'apprendre à écrire et à lire, malgré l'intelligence. Il était placé vers 13 ans dans une famille d'accueil, puis une autre.

Il apprenait, en trouvant stabilité dans un foyer vers 15 ans (avec le concours d'un éducateur surtout), le métier de boulanger sans obtenir le diplôme, faute de capacité à l'écrit. En étant juste majeur, à la fin de la prise en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance, il s'engageait dans l'armée. Il venait annoncer cette orientation à ses parents en tenue mais n'aurait rencontré, cette fois comme toujours, qu'indifférence à sa démarche.

Gilles apprenait à boire dans *le corps du bataillon*, comme à lire et écrire. Il était envoyé en terrains de guerre à plusieurs reprises, pour plusieurs campagnes, en revenant avec les séquelles psychiques fréquentes des vétérans [302] : cauchemars, reviviscences diurnes, remémorations douloureuses, dépressivité, sentiment de flottement de la réalité… Il souffre aujourd'hui encore de ce type de symptômes, 20 à 30 ans après.

Gilles quittait l'armée suite à un événement traumatique. En ménage vers 23 ans avec une petite amie, première conquête féminine pour lui, il était en opération lorsqu'elle décédait dans des conditions particulièrement violentes, information qu'il n'aurait eue qu'à son retour, soit plusieurs mois après l'événement. Ceci générait une désertion sur le champ, une plongée totale dans l'alcool, une rupture avec tout ce qui avait fait son aménagement psychologique et social depuis l'ASE. Plusieurs années durant, il

[302] Souvent résumées sous l'abréviation anglo saxonne de PTSD, pour Post Traumatic Stress Desorder.

évoluait dans une carrière SDF[303]. Il dilapidait ses économies, son héritage (mort précoce de ses deux parents).

L'aide d'un ancien gradé le décidait à suivre des soins, à arrêter de boire, à repartir. Arrivé dans une localité neuve pour lui, il trouvait de l'emploi, se mettant à travailler excessivement, puis à s'établir avec un associé. Gilles dit avoir alors été trompé par ce dernier et aurait dû repartir dans une « galère », suivant les emplois de ville en ville, de petits contrats en petits contrats. Cette vie ambulante l'aurait conduit à toujours plus de problèmes de santé, de difficultés : chercher de l'emploi en étant SDF, voilà une gageure. Le sort des travailleurs pauvres est mis en avant depuis ces dernières décennies. Jean-Luc Porquet (1988) mettait déjà en avant la difficulté des « stifs », ces travailleurs SDF.

En demande d'hébergement d'urgence à Rouen, Gilles était reçu par un travailleur social faisant appel directement à un membre de l'équipe psychiatrique de l'UMAPP tant son malaise était évident : malaise d'allure dépressif, le faisant rester hospitalisé en psychiatrie plusieurs mois. Nous le rencontrions en entretiens à l'issue de cette hospitalisation. Gilles, 50 ans, est un homme en colère, en démarche pour retrouver une flottaison sociale et découvrant (sans alcool) les incohérences du système, les dystorsions entre annonces et réalité, etc…

Gilles semble se vivre comme un désocialisé récent. Il est en capacité d'aborder en survol les éléments prégnants de son parcours existentiel mais en reste à cela. Nous remarquons chez lui le « mot pour mot » : chaque évocation est au mot près identique au précédent abord. Rigide dans sa façon d'être, dans ses formulations, Gilles ne rate aucune occasion de manifester son mécontentement, les manques venant des autres, surtout, les nôtres le cas échéant. Semblaient exister de mauvais objets dans son fonctionnement intolérant, revendicatif, nous ayant fait craindre chez lui une organisation paranoïaque de la personnalité. Au fil des séances, nous avons pesé la capacité du sujet à nuancer son sentiment de persécution, à revenir sur des positions d'abord entières.

Survolté, en colère, traquant l'injustice, c'est ainsi qu'apparaît Gilles. Ceci s'avère être le pendant de son abandonnisme, de sa souffrance à n'avoir pas compté, à n'avoir guère connu la chance, à avoir dû faire seul. Le travail calme Gilles, il le dit, le répète. L'alcool avait aussi cette fonction pour lui. Dans le travail il ne se mettait aucune limite antérieurement semble-t-il, l'identité de travailleur étant en lui celle qu'il mettait préférentiellement en avant, écran aux autres facettes de sa personnalité. Sans alcool, sans travail, nous sommes confrontés à cet homme qui souffre de « l'ennui ».

L'abord de cette dimension est particulière, la vacuité interne ouvrant directement Gilles non pas au néant, à l'absence de sens possible de la vie *mais à l'angoisse*. Ce sont des remontées de mal passé qui reviennent encore et encore dans le monde interne de cet homme : les chocs, les deuils insuffisamment dépassés, les traumatismes revenant parfaitement conservés dans les cauchemars… Au fond, le

[303] Comme nombre d'anciens militaires. Voir dans cette thèse partie II-3-7 de notre Introduction Générale notamment.

vide n'existe pas chez Gilles qui souffre en permanence de son trop plein d'angoisse, de faits douloureux, d'abandons, d'échecs, de malchances… Gilles est hypertendu, souffre d'une insuffisance respiratoire, est malade d'une « dépression chronique » (prise en charge médicalement par un psychiatre parallèlement à nos soins). Il est depuis peu traité pour ces phénomènes et bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé l'autorisant à viser un logement autonome.

Etre seul produit pour lui de l'angoisse. L'ennui est débordé par le passé : Gilles ne s'en plaint jamais d'ailleurs. Son existence semble errante par son itinérance mais relève plutôt de la fuite que de l'errance vraie. Son but est de réussir à gagner sur son angoisse, c'est depuis peu, après environ 2 années d'entretiens rigoureusement tenus, qu'il peut l'énoncer. Gilles a connu différents moments de trop vive angoisse sur ce laps de temps. Il tient lui-même dans ces moments à trouver des collectifs lui permettant de se récupérer.

La solitude qu'il souhaite pouvoir avoir librement en étant dans un *chez lui,* paradoxalement, doit pouvoir être contrée par le nombre, le groupe (comme anciennement au foyer, à l'armée). « Quand je souffrirai moins, je pourrai parler » nous répète Gilles. Il nous semble en fait en maigre capacité d'élaboration mais en réel besoin d'étayage, constant, rassurant (autant que faire se peut). Il semble que nous reprenons pour lui la fonction masculine (paternelle ?) qu'il a pu déjà expérimenter à deux moments clefs de sa vie, deux temps de plus fort abandon : l'adolescence puis sa perdition post deuil, après la mort de sa jeune compagne. Gilles trouve un aménagement à son angoisse et une reconnaissance dans le « travail » au profit des SDF dont il est devenu un porte-parole.

II-10 Errance et déréalisation, dépersonnalisation, sentiment d'étrangeté, inquiétante étrangeté.

Beaucoup de personnes semblant en errance à la rue peuvent paraître « égarées », hagardes, absentes: c'est la contre-attitude du chercheur qui le dit, pas les sujets concernés ici non plus. Cette observation nous a amené à confronter cet état, l'errance, pouvant « paraître comme » de la déréalisation ou de la dépersonnalisation, à ce que les psychopathologues isolent de signes cliniques sous ces appellations scientifiques.

Il est tout à fait possible que des tableaux relevant de la déréalisation /dépersonnalisation se manifestent chez des gens SDF vivant à la rue comme chez des « ADF »[304]. L'exemple express d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, **Azzedine**, rencontré devant un Centre d'Hébergement d'Urgence au début des années 2000, donne image à cette occurrence : le voilà entrain de compter les carrelages de la façade, l'air hagard, manifestement perdu. Quand nous l'abordons en lui demandant ce qu'est son activité, il reste perplexe, en répondant qu'il ne reconnaît plus les choses, sans être pour autant désorienté dans le temps ou dans l'espace,

[304] « Avec Domicile Fixe », manière de désigner les citoyens ordinaires de Pédro Méca in De Dinechin B., Meca Zuazu Pédro, 1989, *La vie la nuit*, Préface de l'Abbé Pierre, Les éditions du cerf, collection l'histoire à vif, Paris.

pouvant nommer le lieu où il se trouve sans le raccorder à sa vie, à ce qu'il y fait. Il s'agissait d'un jeune homme apparaissant d'ordinaire, dans le foyer, normalement organisé, évoluant seul, parlant peu. Cet état cédait après quelques jours d'hospitalisation dans un service d'admissions psychiatriques.

Ce type de crise, passagère, semble tout à fait différent de l'état installé, chronique d'errance que nous essayons de mieux connaître.

La déréalisation est classiquement définie comme « un sentiment d'étrangeté du monde extérieur, sans altération de la perception. Le monde apparaît comme irréel, modifié, différent, il a perdu son caractère de familiarité pour le sujet qui ne le ressent plus comme un lieu habituel d'existence et d'action. Le sentiment de déréalisation est généralement associé à la dépersonnalisation et répond aux mêmes processus psychopathologiques» selon l'article de Loo et Caillard de 1984 contenu dans le *Manuel alphabétique de la psychiatrie* de Porot, p. 186). Il s'agit d'un trouble modifiant la perception du monde.

Le sentiment d'étrangeté[305] est ici convoqué. Selon l'article d'Antoine Porot sur ce thème (Op. Cit. p. 246), dont nous retenons les descriptions phénoménologiques, «le sujet qui éprouve ce malaise psychique, a l'impression qu'il a perdu le sentiment de sa réalité personnelle, qu'il y a comme un évanouissement de son Moi, dissolution qui parfois peut être poussée très loin (…). En somme, ce sentiment d'étrangeté représente comme le stade initial du phénomène de dépersonnalisation. (…) Le sujet reconnaît mal le monde qui l'entoure ; il a peine à se l'approprier ; il a perdu le contact et les réactions affectives qui l'unissaient intimement à son ambiance ; celle-ci du reste lui semble comme désaffectée, étrangère ; tout se déroule comme sur un écran, ce qui se passe autour de lui est comme « un simulacre de vie » dont il est le seul spectateur. Il s'y ajoute aussi souvent une atteinte de la notion du temps vécu, de son déploiement, de son écoulement. Il n'est pas rare de rencontrer le phénomène du déjà vu, du déjà vécu, de la mémoire panoramique, sans que puisse être fait un repérage temporel précis ; c'est en somme une perturbation de ce que Minkowski appelle « le synchronisme du temps vécu ». Ce tableau s'accompagnerait d'une anxiété oppressive, pouvant aller avec un sentiment optimal de « fin du monde ».

Porot mentionne que ces états, passagers, conscients et difficiles pour le sujet, adviennent dans différents types d'états pathologiques, en citant deux auteurs, Pottier et Du Couedic (1955) pour lesquels le sentiment d'étrangeté chez les «psychasthéniques » névrosés serait plus proche d'un « dépaysement » que d'une dépersonnalisation. Ces états ne seraient pas à confondre avec des absences épileptiques bien que pouvant ressembler à une crise comitiale temporale.

L'épisode d'étrangeté pourrait se présenter comme une crise furtive chez l'adolescent normal, plus souvent dans le cas de personnalités schizoïdes et schizophréniques. Il s'agit aussi d'une étape de début et de réveil de la confusion mentale nous dit l'auteur, soit avant dissolution totale puis à la phase de réveil du syndrome.

[305] Notion issue notamment des études de Pierre Janet en lien avec la baisse de tension psychique et la psychasthénie.

La dépersonnalisation, selon le « Précis de psychiatrie clinique de l'adulte » de Pierre Deniker, Thérèse Lempérière et Jean Guyotat (1990), se définit comme «trouble de la conscience de soi dont la caractéristique essentielle est la qualité d'irréalité et d'étrangeté qui s'attache à l'expérience consciente. Le sentiment d'irréalité affecte la perception de soi-même en tant que personne physique et psychique *(dépersonnalisation)* et la perception du monde environnant *(déréalisation)* (Op . Cit. p. 22).

Pour Loo et Caillard dans le Manuel alphabétique de psychiatrie (1984, p. 181), la dépersonnalisation comporte « (…) une altération des sentiments d'être et d'avoir un corps (désincarnation, désomatisation), d'être une personne ayant une identité et un Moi psychique (désanimation) ; c'est le sentiment douloureux pour un sujet de ne pas se reconnaître dans son intégrité ». Ces deux derniers auteurs citent Sven Follin : « la dépersonnalisation thématise constamment une anxiété profonde qui n'est autre que le doute éprouvé de la réalité de soi-même et de l'ambiance ».

Les auteurs expliquent la difficulté du malade à décrire cette expérience temporaire de perte ou de floutage de sa propre réalité, expérience « fascinante et angoissante » («se sentir à distance des êtres et des choses comme si on les voyait d'un autre monde»). Ils isolent des sentiments dominants dans ce moment : «(…) le sentiment de non appartenance (des sensations, des sentiments, des souvenirs) et l'impression de non familiarité avec son propre corps (changé, immatériel, détaché) et avec un monde extérieur qui paraît artificiel, voilé, lointain, irréel, où les gens se meuvent trop vite comme des automates. Etranger à lui-même, décalé par rapport au rythme du monde, quasi dédoublé entre un Moi qui observe et un Moi observé, le dépersonnalisé garde conscience de la morbidité d'un trouble qui l'inquiète (peur de la folie) et connaissance des notions de la réalité ».

Selon eux, la crise de dépersonnalisation est fréquente à l'adolescence, banale chez un sujet normal fatigué, privé de sommeil ou dépaysé. « Les émotions vives (situation de menace aiguë) ou au contraire la relaxation (…) en favorisent la survenue ». Les dépersonnalisations accompagnent souvent les crises d'angoisse, états névrotiques et anxio-dépressifs nous dit-on. Elles sont aussi surreprésentées chez les personnalités schizotypales et psychasthéniques (et au cours des schizophrénies). Les expériences toxiques comme les états oniroïdes divers pourvoient les tableaux cliniques de dépersonnalisations. Les épilepsies temporales offriraient des états différents mais proches, avec la distinction intéressante de « sentiments d'étrangeté avec jamais vu jamais vécu » (Op. cit. p. 23).

La psychiatrie moderne (de 1990…), nous disent les auteurs, tend à réserver le terme de dépersonnalisation à des expériences sans délire, sans perte d'identité personnelle, sans effraction des limites du corps. Les décompensations liées à l'endroit visité, la perte brutale des repères culturels à l'occasion d'un voyage correspondraient souvent à ce type d'états dépersonnalisé et déréalisé, en lien ou non avec la fatigue du « Jet-lag». Ces états transitoires sont souvent observés (Caro, 2002) et ont donné lieu à des appellations locales : Syndrome de Paris, observé surtout chez certains touristes japonais au centre de la capitale française, syndrome d'Inde, syndrome de Jérusalem,

syndrome de Stendhal à Florence (là occasionné par un choc à la contemplation d'une œuvre d'art), syndrome de Tahiti, etc…

C'est par la notion **d'Inquiétante Etrangeté** (Unheimlich) que Freud aborde la notion de dépersonnalisation dans le champ de l'expérience normale pouvant advenir à tout un chacun. Dans ce texte[306], il mentionne, à propos de ce sentiment ici envisagé: « mieux un homme se repère dans son environnement, moins il sera sujet à recevoir des choses ou des événements qui s'y produisent une impression d'inquiétante étrangeté » (Op. Cit. p. 216).

Egalement, « à proprement parler, l'étrangement inquiétant serait toujours quelque chose dans quoi, pour ainsi dire, on se trouve tout désorienté » (ibid). Freud rapproche ce sentiment à la thématique du double. «(…) Un effet d'inquiétante étrangeté se produit souvent et aisément, quand la frontière entre fantaisie et réalité se trouve effacée, quand se présente à nous comme réel quelque chose que nous avions considéré jusque-là comme fantastique, quand un symbole revêt toute l'efficience et toute la signification du symbolisé, et d'autres choses du même genre » (Op. Cit. p. 251).

Exemple clinique de résolution spontanée d'un état de déréalisation et dépersonnalisation oniroïde : le cas de Stéphane

Stéphane[307] est un jeune homme ayant été victime d'une chute à ski occasionnant une « commotion cérébrale » sans lésion neurologique. Plusieurs jours après, son caractère est modifié. Dépeint comme un garçon d'ordinaire patient, souriant, avenant, très actif, il est aujourd'hui agressif, déplaisant, suspicieux, refuse les contacts ou les souffre difficilement, dort beaucoup. Il semble ne pas comprendre ce qu'un psychologue (et que tout type de personnels soignants) peut lui vouloir en lui demandant comment il va, s'il se sent différent, etc…L'état dure plusieurs jours avant que le sujet ne se réapparaisse à nouveau et brutalement à « lui-même ».

Le patient, à l'inverse de ces quelques jours étranges, insiste pour nous revoir et vient expliquer comment il en venait à changer d'état et se retrouver dans une conscience normale de lui-même. La veille au soir, il s'attendait à voir « un film avec Mickey Rourke, *L'année du dragon »* mais était désappointé en découvrant que ce qu'il était sûr de revoir, de retrouver, n'advenait pas. Une autre diffusion avait eu cours, film avec un autre acteur principal, une autre histoire, une autre époque… Il avait confondu les deux films. Se rendant compte de son erreur de jugement, du décalage, il réalisait qu'il avait vécu ces derniers jours « comme dans un rêve », dans un état oniroïde qu'il ne souhaitait pas faire percevoir aux soignants. Le décalage perçu/attendu occasionnait un déclic lui permettant de réaliser ce qu'il vivait vraiment ces derniers temps. Il s'en ouvrait à ses proches venant le visiter, prenant la mesure de son état de conscience modifié tout ce temps. Il expliquait avoir eu recours au sommeil pour éviter le

[306] in Freud S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (éd. 1985), Folio essais N°93, pages 209-263.

[307] Stéphane est l'un des rares patients mentionné dans cette étude rencontré hors champ de la grande précarité, en l'occurrence à l'hôpital général, servie de neurologie.

tiraillement, notamment à nos visites, à nos questions et à cette limite devenue floue du soi/non-soi, relevant de l'inquiétante étrangeté.

II-11 Errance et désorientation temporo spatiale /démence/ pathologies neurologiques[308]

La désorientation peut advenir chez des personnes semblant passer leur vie sans but. Selon notre expérience pratique, ce type de problème survient rarement et à l'examen, il s'agirait de personnes présentant une symptomatologie psychiatrique ou neurologique, la plupart du temps relevant d'une démence (d'origine alcoolique ou de type Alzheimer).

Ce sont aussi parfois des personnes qui « dévissent » d'une retraite isolée, peu ou mal entourées socialement: devenues malades sans que leurs troubles n'apparaissent en tant que tels, n'honorant plus leurs loyers, devenant difficiles à supporter pour leur entourage précaire (leurs enfants, leurs amis, leurs voisins), ils se retrouvent transitoirement à la rue et dans l'assistance relevant de l'hébergement d'urgence. Là encore, s'il est aisé de descendre jusqu'à ce minimum social, il est long et difficile de remonter vers une autre insertion, notamment en EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Deux vignettes cliniques viennent illustrer notre propos.

Le cas d'Adrien

Adrien est parfaitement repoussant : totalement incontinent, sa saleté est extrême malgré les efforts réalisés par les animateurs pour le laver chaque jour (nous sommes ici en Centre d'Hébergement d'Urgence et non en milieu hospitalier). Il agresse le monde depuis son fauteuil roulant, insulte largement aux alentours... Calmé, ses yeux délavés perdus dans le vide et les volutes de son cigarillo, il peut évoquer l'image d'un vieux loup de mer veillant sur son horizon : ici le mur d'enceinte du foyer. Quoi d'autre?... Hébergé depuis des années ici où il est arrivé en catastrophe, il souffre des séquelles graves d'un Accident Vasculaire Cérébral qui, associé à des prises d'alcool massives et destructrices, explique l'état démentiel. Il ne sait dire quand nous sommes (« sous Giscard d'Estaing ») ni où nous sommes (« ministère de l'Outre-Mer »). Toutes les tentatives d'inscription dans d'autres lieux n'aboutissaient qu'à l'échec (après insulte des spécialistes, des directeurs de structures, …). Indésirable abouti, Adrien restera maintenu dans ce Centre d'Urgence, inadéquat à son état, jusqu'à sa mort, des suites d'un accident de la voie publique dans la rue d'en face.

Aucune lecture claire de sa biographie n'a été possible, laissant dans son dernier lieu de vie une trace plus qu'une histoire.

[308] Cette partie de notre travail est à mettre en lien avec la partie 3-G Démence et errance antérieurement développée.

Retour sur Yvan

Le parcours d'**Yvan** a été évoqué dans la partie II-7 de ce travail. Son état comporte une massive désorientation spatiale et une incapacité à lutter seul contre son incurie[309]. Il ne sait où il est réellement mais comprend qu'il est dans un pays qui n'est pas le sien. Yvan est anosognosique, indifférent à son incurie (qui pose de graves problèmes dans la vie courante pour ses voisins de chambrées comme nous l'avons vu), occupé par une oralité insatiable le poussant à manger et fumer dès que possible. Après « enquête », nous apprenons qu'Yvan est d'origine slave, ayant traversé l'Europe avec d'autres pour exercer son métier : la mendicité, plus rentable en France. En vérité, il fût utilisé par une mafia. Son état pathologique était exploité par cette organisation. Abandonné par ce groupe, il demeure sans réelle souffrance psychique apparente, dans un monde perdu, axé sur le présent (incertain) de sa vie.

Commentaire

Dans ces deux cas, on peut considérer que la démence, avec substratum neurologique, a amené l'errance. Cette errance est absolue au sens où les personnes ici concernées sont devenues totalement dépendantes d'autrui pour leur survie, incapables d'orienter d'aucune manière leur existence. Ils évoluent désormais dans un monde devenu pauvre, avec une détérioration touchant toutes les fonctions supérieures et donc la pensée[310].

Les errants auxquels nous nous attachons dans notre étude ne le sont pas par détérioration de leurs fonctions cognitives. Ils sont ordinairement orientés dans le temps et l'espace : même s'ils apparaissent « perdus », ils ne le sont pas de cette manière.

II-12 Errance et fugue

La fugue se définit par le Larousse comme étant « le fait pour quelqu'un, en particulier un mineur, de s'enfuir de son domicile ». Cette acception pose la notion d'un départ sans interdire un potentiel retour, la clef de l'épisode résidant essentiellement dans ce second temps, en lien avec l'environnement humain du fugueur : temps de résolution possible, de verbalisation du conflit ayant motivé la fuite.

Les psychiatres ont beaucoup étudié les fugueurs adultes, c'est à dire les voyages de leurs malades, les voyages pathologiques[311]. Henri Ey (1974, p. 95), cité par Federico A. Caro (2005, p. 23), parle de fugue en ces termes : « conduite de déambulation, d'errance, de vagabondage ou de migration qui éloigne le sujet de son foyer ou

[309] Voir par exemple sur ce chapitre le mémoire de Pascal Courant réalisé en 2010 et intitulé « Incurie : habiter une souffrance. Troubles de l'habiter et de l'habitat » (Mémoire de Diplôme d'Université *Souffrance individuelle, psychopathologie et lien social,* Université de Rouen, en ligne sur le site rrapp.fr).

[310] Même si ce n'est pas l'objet de notre travail, soulignons les orientations abusives des services médicaux pouvant se défausser de missions soignantes au profit de Centres d'Hébergement d'Urgence, déjà très démunis dans leurs moyens humains et leurs capacités techniques à prendre en charge… Il peut arriver d'entendre parler de « déchets », concernant ce type de population, dans la bouche de certains soignants...

[311] On se reportera à la partie II-17 du présent travail.

domicile ». Ces auteurs distinguent les causes agissantes, en mettant l'accent sur la recherche avant tout de causes pathologiques organiques. La fugue consiste aussi en une rupture brutale. Certains cas relèvent d'états psychiatriques ou neurologiques profonds[312] avec une nature « inconsciente, automatique, amnésique». Chez les schizophrènes, les fugues seraient incoercibles mais inexplicables. Elles sont réactionnelles « chez le névrosé et le déséquilibré ».

La fugue est un accès, un épisode, avec ou sans désorientation temporo-spatiale (selon la personnalité du fugueur). *Le vagabondage, l'errance tiendraient au contraire d'un état chronique.* La fugue[313] fait partie des conduites s'observant plus à certains âges, notamment pendant l'adolescence. Elle est pour le jeune à la fois éloignement, prise d'initiative de rupture (momentanée) : s'exposer à l'épreuve du manque et à l'épreuve de soi, se confronter plus ou moins à une prise d'autonomie et de responsabilités personnelles.

L'idée de *partir un jour* de chez ses parents semble normale à partir de l'adolescence, moment de tension relationnelle. Freud lui-même (dans sa correspondance avec Romain Rolland), a pu évoquer « la pulsion de voyage », issue de la tension et de la frustration du jeune dans sa famille, moment où l'idée de la fugue, d'un ailleurs, l'envie de s'en aller se fait jour. Le groupe de rock français Téléphone, icône (de la psychologie) adolescente des années 1970-80, a chanté la critique des parents et le besoin d'ailleurs, notamment dans ce titre explicite : *J'suis parti de chez mes parents*[314] (déjà cité dans cette thèse page 236).

La fugue est potentiellement initiation à « la débrouille », sans adultes référents immédiatement disponibles. Elle serait, en concentré, un essai de vie hors champ habituel d'encadrement, une passe avec d'autres identifications que celles héritées du parcours infantile. Elle ne semble pas être nécessairement, pas toujours, l'équivalent d'un voyage pathologique puisque nous pouvons y voir souvent une tentative de résolution de conflits (familiaux et psychiques) et de coincements relationnels.

Le fugueur n'a certainement pas souvent l'idée des adieux : il s'éloigne pour mieux revenir, dans un « espoir » d'être mieux reçu qu'il ne l'était avant. Cette notion n'est pas toujours consciente pour lui-même, le passage à l'acte procédant ici d'un *recours à l'acte*, d'une quête inconsciente, parfois évidente pour l'observateur mais restant mystérieuse pour le sujet lui-même. *La fugue délimite un avant et un après*, signale à l'environnement le changement interne à l'œuvre pour le sujet qui l'actualise. *Il s'agirait dans ce sens d'un passage à l'acte à visée élaborative,* venant forcer la réflexion pour le sujet et autour de lui. A son retour, le sujet est un « revenant ». On est soulagé de le retrouver après l'épreuve du manque, de l'inquiétude (sauf quand l'absence est

[312] Epilepsies, confusion mentale, états démentiels, et nous avons évoqué des cas de ce dernier registre en partie II-7.

[313] Notons qu'à la fin du XIXème siècle, des aliénistes français et allemands s'intéressent au phénomène du départ brutal et de la fugue. Nous pourrions dire qu'ils tentent de faire de la science et ainsi « pathologisent » les conduites semblant étranges. Citons Ian Hacking (2002) : « La fugue devient un trouble médical en soi et reçoit ses premiers labels : le *Wandertrieb* allemand est suivi d'autres termes à résonance grecque ou latine, tels *l'automatisme ambulatoire*, il *determinismo ambulatorio*, la *dromomanie*, la *poriomanie*. Les fugues, c'est-à-dire des voyages bizarres et soudains, accomplis souvent dans des états de conscience obscurcie, sont connues depuis toujours » (page 22).

[314] *J'suis parti de chez mes parents*, Album *Crache ton venin*, 1979, Studios Pathé, Paris.

pathologiquement vécue par un environnement excessivement morbide), inquiet de son état, interrogé de ses raisons, fâchés de son audace et de son délaissement …

La fugue, dans cette perspective, serait une conduite remplie d'attentes pour son après-coup, une aventure vouée au changement espéré qui l'est aussi par ce que le sujet s'offre à vivre et à dépasser, à assumer, à essayer (être «déjà capable », contrairement à ceux qui ne s'y emploient pas). La fugue aurait fonction de passage, initiatique vers plus d'autonomie en même temps qu'attente de confirmation des liens et nécessité de modifier leurs modalités antérieures.

La fugue est adressée : du sujet à lui-même pour une part, du sujet à son environnement (parental) surtout. Guy Trastour, dans son article paru en 2000 dans la revue *Champ Psychosomatique*[315] est plus prudent dans sa formulation. Pour lui, la fugue (contrairement à l'errance) aurait « une destination, peut-être un destinataire » (Op. Cit. p. 8).

La fugue semble advenir tout à coup : il y aurait précipité (au sens chimique du terme littéralement) dans la vie du sujet qui change un état en un autre, le transformant sur un mode acteur/actif passant à l'acte. Le début semble impérieux, seule issue envisagée sur l'instant pour apaiser le malaise. C'est une mesure d'auto-éloignement. Guy Tastour parle d'un fort contraste entre la force de ce tout début « […] et ce qui suit: cette déambulation quasi somnambulique», potentiellement décevante (« ce n'était que pour ça »).

Commentaire comparatif fugue/errance

Nous percevons après ces éléments que l'expérience de fugue ne correspond guère à la définition de l'errance. Existe dans la fugue, même confusément, un espoir, une recherche d'affirmation de soi : le sujet est actif dans cette quête. L'errance tout au contraire ne semble absolument pas forte de cette fonction d'affirmation et d'épreuve de volition.

Dans l'errance, *quelque chose ne se cherche plus*. Cette existence sans but serait aussi sans espoir véritable. Elle est occupationnelle (le temps passe, le sujet n'en pensant peut-être rien de précis), comme en l'absence du sujet concerné.

Si ce dernier existe dans l'errance, il semble bien difficile à rencontrer _ et la clinique donne raison à cette remarque… Du sujet errant apparaît essentiellement sa conduite errante, qui lui est propre, qui est sa marque d'individualité, même si là aussi rares sont les originalités.

L'errant, contrairement au fugueur, a perdu ses amarres : le sens de ce dernier terme lui serait étranger, ou devenu étranger de fort loin. Personne ou plus personne n'est là pour le rattraper, a priori.

L'errant est en vide de liens. Le fugueur est en attente d'affermir les siens. Le fugueur est plus organisé psychiquement que l'errant (Tastour, 2000). L'errant sort du temps

[315] « Partis de nulle part et revenus de tout », Champ Psychosomatique, 2000, N°20, pages 7-19.

et de la scène relationnelle, laissant le professionnel ou au sens large l'observateur en état de sidération : angoisse du non-sens, du vide absolu[316].

Le voyage du fugueur a un début et une fin. Il n'est pas évident de dire que celui de l'errant a un début et une fin et son parcours n'est parfois en rien un voyage d'ailleurs (plutôt un « sur place » ayant permis le comparatif à l'activité cyclette). Le commencement de l'errance se confond probablement chez ce dernier avec les racines de son existence, sans force suffisante dans les investissements d'objet pour qu'il se sente exister dans la continuité des expériences et *pour de vrai.*

La discontinuité semble souvent au rendez-vous des enfances s'avérant après-coup errantes[317].

Admettons logiquement cependant que l'errance puisse succéder à une fugue inaugurale dans certains cas, le retour s'avérant impossible au sujet.

Si nous posons la question du début de l'errance, il n'est pas rare de constater que les premiers mouvements « d'échappée » ressemblent à des fugues. C'est le cas de **Kurt**, dont nous avons exposé l'histoire[318] (page 183 et suivantes). Celui-ci aurait débuté sa carrière « d'échappeur » par des fugues pendant son enfance, jusqu'à quitter « pour de vrai » sa famille en étant âgé de 14 ans.

C'est aussi le cas de **Sophie**, personne tout à fait exceptionnelle concernant le chapitre de la fugue, dont nous allons parler dans quelques lignes.

Un article de 2003 de Marie Choquet et Michel Askevis[319] issu d'une épidémiologie en population générale, met en avant certains éléments chez les fugueurs. Selon ces auteurs, « la séparation parentale est l'un des premiers facteurs de risque sociodémographique associé à la fugue » (Op. Cit. p. 142). Les fugueurs ressentiraient plus que les autres un délaissement parental et un sentiment de solitude. Egalement, « […] les variables de violences agies ou subies sont toutes fortement associées à la fugue; les Tentatives de Suicide, les idées de suicide, la dépressivité et la prise de médicaments psychotropes, les agressions physiques ou sexuelles. Avec les consultations du psy, de l'assistante sociale ou des intérêts parentaux, ce sont les variables de violences agies ou subies qui sont très fortement associées à la fugue » (Op. Cit. p.144).

Les auteurs concluent sur l'occurrence de la fugue comme associée à un « malêtre psychologique» (sic) et à des violences subies ou agies. « Le fugueur est aussi suicidant, violent, délinquant et il abuse de produits licites comme illicites » (Op. Cit. p.147). Il serait habitué de l'agir, sous toutes ses formes.

---

[316] Mentionnons ici une réflexion personnelle déjà considérée dans les cliniques de l'errance, partie II-3-3: le contre-transfert lié à l'angoisse de mort vis-à-vis des jeunes en errance.

[317] Notons ici que l'une des questions implicites posées par notre travail réside dans la prévention de l'errance. Y a-t-il une clinique infanto-juvénile prédictive et des actions suffisantes s'y référant pour prévenir/encadrer l'errance ?

[318] Voir Partie II-5.

[319] in Adolescence, 2003, 21, 1, 141-147.

Finissons par l'une des manières de poser l'errance chez Olivier Douville : comme […] une fugue sans but […], *(et si dans l'errance) il y a des objets d'étayage, l'étayage est fugace, transmission et objets sont figés »* (2012a, page 173).

Exposé du cas de Sophie

Sophie est une personne d'une originalité marquée. Vivant de façon précaire chez des amis, à 40 ans, elle était amenée par ceux-ci à notre service, expressément pour rencontrer un psychologue après la survenue d'une bouffée délirante, épisode clos à notre rencontre. Sophie estime avoir toujours été psychologiquement fragile et dépressive.

Elle est titulaire d'un diplôme artistique prestigieux, vivant de son art difficilement (intermittence), ce qui l'enrage. Dans sa discipline, la voie qu'elle a choisi est atypique, exigeante, excessivement impliquante sur le plan psychologique. Elle est coutumière des épisodes de psychose aigue, revenant une fois par an au moins, sans constance dans les dates. Après quelques jours, elle retrouve son état ordinaire, critique ce qu'elle a pu penser, percevoir, interpréter pendant la crise.

Sa demande est « d'aller mieux ».

Précaire par les conditions de vie, pauvre, Sophie est riche de sa culture, de son capital culturel[320], de son réseau/capital social étendu mais également économiquement en difficulté.

En premier lieu, c'est de cette précarité économique, de cette injustice sociale que Sophie se plaint : être d'un haut niveau et moins payée qu'un animateur de banlieue, être d'un haut niveau et devoir animer des ateliers dans des écoles de banlieue pour survivre, faire des spectacles dans des maisons de retraite, dans des hôpitaux psychiatriques ou des centres pour personnes âgées ou handicapées, des personnes parfois apparemment inanimées… et devoir se battre, se fendre pour accéder à ces « petits misères ». Dans sa présentation physique, elle semble porter cette douleur comme un fardeau, un poids sur ses épaules.

Sophie est le second enfant et la seule fille d'un couple d'intellectuels. Elle dépeint sa mère comme une femme lointaine, froide (ayant d'ailleurs toujours besoin de se réchauffer en prenant le soleil), dépressive, névrosée, *sous le poids* de la vie : elle en renvoie l'image d'une mère morte[321]. Cette femme héritait d'une histoire familiale douloureuse, marquée par la guerre (ce que notre sujet apprendra tardivement, par bribes). Elle aurait été débordée par l'énergie physique de sa fille, qu'elle appelait « le phénomène », à laquelle elle fournissait des vêtements inconfortables et plutôt masculins, à laquelle elle faisait couper les cheveux si courts qu'on la moquait dans la cour de l'école. Son père aurait été un homme accessible, plus facilement en relation avec elle, affectueux. Un lien œdipien fort existait, envahissant peut-être, avec un

[320] Au sens que Pierre Bourdieu donne à cette notion : à partir de l'habitus culturel intériorisé/incorporé, l'individu est accessible aux biens culturels (ses goûts sont dirigés, etc…). Le capital culturel englobe aussi la notion de formation, de diplôme. Voir « *Les trois états du capital culturel* », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 30, novembre 1979, p. 3-6.

[321] André Green (1983). « Le complexe de la mère morte » in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* 1983, Paris : Editions de Minuit, Paris.

intérêt de l'enfant à la sensibilité culturelle du père, ce qu'elle considère comme ayant été source de sa vocation pour son art. Elle était aussi très investie par son parrain, scientifique célèbre.

Bonne élève, sportive, débordante d'énergie (avec un besoin de fatigue, un lien fort aux animaux : chevaux, chiens, et à la nature, aux jardins, aux éléments, à la mer et la montagne) et mal à l'aise dès l'enfance, son apaisement venait de la grand-mère maternelle vivant chez eux. Le lien au frère aîné n'aurait jamais été très incarné, celuici ayant toujours été très peu expressif et avare de propositions de jeux par exemple. Elle conserve des instants magiques dans les maisons de campagnes de la famille, souvenirs s'associant beaucoup à la présence d'un cousin germain, de 3 ans son aîné, partageant toutes ses aspirations. Un lien érotisé se nouait entre eux.

Les jeunes gens, amoureux, fuguaient ensemble, sur les deux années précédant la majorité de Sophie. Leurs familles étaient prévenues de la situation et la toléraient semble-t-il. Il s'agit pour Sophie d'une époque très intense et contrastée : la route, le travail saisonnier, les rencontres limites, la peur, ... Le *baby couple*[322]semblait pouvoir étayer leurs personnalités. La fin du périple aurait été le retour vers une conformité sociale par la rupture du lien. L'un et l'autre s'engageaient dans des études prestigieuses et y réussissaient.

Ces années de fugue à deux auraient permis la sortie non catastrophique de l'adolescence pour notre sujet : l'exposition aurait endigué le négatif, décentré ses intérêts de l'atmosphère familiale dévitalisée et pathologique pour autoriser la vie déchargée des liens parentaux. C'était aussi vivre un interdit[323], tout en éloignant de la proximité d'avec le père.

Le cheminement postérieur de Sophie semble avoir continué selon une « inscription limite » de sa personnalité. Elle semble avoir été sans ancrage longtemps, y accédant plus aujourd'hui. Une partie de son existence semble être composée d'errance, malgré un aménagement récent lui permettant plus de fixité, de constance, l'idée d'une permanence de son Moi (allant avec une permanence de son *lieu)*. Il semble dans son cas que cette composante interne ait été là dès l'enfance, marquée à l'adolescence. Sophie n'a pas sombré dans l'errance par le fait d'avoir été étayée, d'avoir pu attendre « quelque chose » d'autrui et pour elle-même.

II-13 L'errance en tant que « pathologie de l'agir » : recours à l'acte et manque de mentalisation. Apports des psychosomaticiens.

L'agir est une terminologie employée pour évoquer de nombreux symptômes, surtout à l'adolescence, ceux-ci étant ou non associés entre eux: les fugues, l'errance, les

[322] L'expression est de Dominique Cupa-Pérard (1988, Université de Rouen, enseignement en DESS de Psychologie Clinique et Pathologique).

[323] Interdit relatif puisque tolérable par les familles ici. Ajoutons que l'union entre germains est favorisée dans certaines cultures, au Maghreb par exemple et tolérée dans le monde catholique traditionnel à condition d'être avalisé par le pape.

conduites potentiellement ordaliques (consommations toxiques, actes antisociaux, hétéro et auto agressions : tentatives d'autolyse, attaques corporelles …).

L'agir a plusieurs sens possibles. Patrick Ange Raoult, dans son article de 2006 intitulé « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », cite Serge Lesourd (2000)[324]: «L'agir, qui comporte la dimension pulsionnelle motrice du faire, c'est sortir de l'emprise dans le désir de l'Autre qui provoque l'angoisse. En cela l'agir doit donc être compris comme une création d'un objet de la réalité, comme séparation entre le sujet et l'Autre désirant. L'agir est donc création d'un espace, pourrait-on dire, toujours transitionnel, qui marque et permet le lien du sujet à l'Autre ». L'agir […] est une façon de faire du lien entre le sujet et l'autre, mais du lien non complet […], l'agir est la référence unique de la certitude de l'existence pour le sujet. *C'est dans l'agir […] que le sujet se sent exister* et qu'il trouve face à la certitude de l'angoisse une certitude d'existence. La certitude de l'être s'ancre dans son agir » (Op. Cit. p. 6).

Selon Raoult, l'acte se caractérise de différentes façons, étant franchissement d'une expression à une autre, d'un état à un autre, d'un lieu à un autre, décharge (sur le plan moteur) d'un excès. « Il s'impose comme un déjà réalisé, démontrant une épreuve actualisée. L'acte supprime l'éventuel au profit du réel, défie toute autre juridiction, désavoue l'espace du dire » (Ibid).

La passage à l'acte traduit et trahit un dépassement des capacités du sujet pour contenir son angoisse. Il manifeste un défaut de mentalisation pouvant orienter le clinicien vers certaines personnalités préférentiellement.

Rapidement, disons que le psychopathe l'utilise comme une marque de désir dominateur tandis que la personnalité limite y a recours potentiellement pour lutter contre le vide dépressif inhérent à son être.

Le passage à l'acte du psychotique obéit à la logique du délire du sujet.

Les passages à l'acte névrotiques renvoient à des débordements transitoires généralement suivis d'un sentiment de culpabilité venant réaffirmer la conscience de la transgression, de l'incontrôle produit.

Si la mise en acte peut sembler venir résoudre un conflit psychique, elle peut aussi ne pas atteindre cette sortie du fait de mécanismes tels que le déni.

Il est souvent repéré que les professionnels s'occupant de l'accompagnement des sujets en errance produisent de la pensée sur ces trajectoires, *contrairement à ceux qui les actualisent* (Chobeaux, 2001 ; 2009). L'errance pourrait s'inscrire comme d'autres problématiques dans ce qu'il est devenu commun d'appeler « les pathologies ayant *recours à l'acte ».* On y trouve la psychopathie, les fonctionnements limites, l'agir-violent, étudiés par Claude Balier[325] .

[324] Lesourd S. (2000) « La frustration de l'acte et de l'adolescent », dans Hoffman (C.), *L'agir adolescent*, Ramonville : Eres, pages 21-32.

[325] Voir C. Balier (1988) *Psychanalyse des comportements violents*, Paris : PUF.

Il est devenu classique, après les travaux français de l'école psychosomatique de Paris d'une part et ceux portant sur les personnalités limites, d'expliquer le recours au passage à l'acte mais aussi à la somatisation *par un défaut, une faille de mentalisation, dans la mentalisation.*

Jeanine Chasseguet-Smirgel en 1987[326] parle de carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. Elle emploie le terme d'alexithymie généralement utilisé par les psychosomaticiens pour rendre compte d'une froideur d'investissement retrouvée dans les personnalités au fonctionnement opératoire[327].

Notons que les psychosomaticiens parlent aussi de « démentalisations ». En 2001, Claude Smadja dans « Clinique d'un état de démentalisation » (p.11-27) en précise les composantes:

_ fonctionnement opératoire (alliant pensée opératoire et dépression essentielle) ;

_ surinvestissement des procédures du moi (surinvestissement de la motricité et des modes rationnels de la pensée, valorisation de l'autonomie _ coute que coute _ au détriment de toute dépendance). Ceci proviendrait d'une dystorsion entre l'avancée du moi en rapport avec celle de la libido ;

_ le narcissisme phallique (valorisation systématique de l'activité) ;

_ la dramatisation à polarité externe ;

_ le recours à la voie somatique lorsque l'élaboration psychique est réduite et interdit la capacité des sujets à faire face aux conflits qui surgissent classiquement dans l'évolution individuelle.

C. Smadja et G. Szweck (2001), positionnent le débat ainsi: « Le couple mentalisation/démentalisation trouve ses assises dans la bipartition que Freud a très tôt soulignée dans ses travaux entre les psychonévroses de défense et les névroses actuelles. (…) Les névroses actuelles sont définies par Freud par l'interruption du trajet de l'excitation pulsionnelle vers sa psychisation. Cette conjoncture aboutit ainsi cliniquement à l'association d'un état psychopathologique dominé par une angoisse flottante ou diffuse et divers symptômes d'ordre somatique distincts des symptômes conversionnels hystériques » (Op. Cit. p. 7).

Pour poursuivre, nous nous autorisons cette reprise de l'article cité des deux auteurs : « La notion de mentalisation créée par Pierre Marty s'inscrit dans une conception économique de l'évolution individuelle. Elle s'inspire du point de vue économique exposé par Freud dans « Au-delà du principe du plaisir » (1920), selon lequel un excès d'excitation peut conduire à un état traumatique si les moyens de défense psychiques sont débordés. Ces excitations provenant des instincts et des pulsions et déclenchées par des circonstances et événements divers doivent nécessairement se décharger ou s'écouler. Pour P. Marty, trois voies s'offrent alors à elles : la voie de l'élaboration

[326] Chasseguet-Smirgel J. (1987) « L'acting out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique », RFP, 4, 10831099.

[327] Voir par exemple à ce propos M-C. Célérier (1989). *Corps et fantasmes. Pathologie du psychosomatique*, collection Psyhsmes, Paris: Dunod.

psychique, *la voie du comportement*[328] et la voie somatique. La mentalisation concerne ainsi et avant tout le travail des représentations, leur quantité, leur qualité et leur dynamisme. Elles qualifient l'aptitude de l'appareil psychique à lier l'excitation pulsionnelle à travers les systèmes et réseaux de représentations, d'associations, d'idées diverses et de réflexions chargées d'affects. Pour Pierre Marty, la mentalisation est variable selon les individus et variable chez un même sujet. Cette conception suppose des insuffisances de la mentalisation et son débordement passager ou durable. À défaut d'un travail mental, d'autres possibilités de décharges ou d'écoulements des excitations pulsionnelles peuvent se réaliser à travers des comportements moteurs et sensoriels, par exemple. En l'absence de débouché psychique ou d'autres possibilités de décharge, l'accumulation des excitations pulsionnelles risque de conduire à un processus de somatisation, selon ce modèle théorique inspiré par celui de la névrose actuelle. Ces risques inhérents à la démentalisation sont donc favorisés lorsque les représentations sont réduites, superficielles, procurant peu d'associations ou lorsque, traduisant un défaut de refoulement, elles répètent des perceptions vécues dans la réalité sans remaniement et élaboration psychique ».

Ces auteurs mettent en rapport le manque de représentation psychique avec la clinique du traumatisme et de « l'irreprésentable ». Les états-limites, tout à fait intéressés par ces deux notions, peuvent aussi être abordés sous l'angle d'un manque de mentalisation.

La faillite élaborative se lie à un accès insuffisant voire impossible à l'activité symbolique. La mise en mot notamment est pauvre, avec une possible confusion entre les émotions et les sensations. La vie fantasmatique n'est pas développée, vide parfois. L'alexithymie barre la reconnaissance des affects et de ce fait le sens de ce qui s'y rattache (les conflits…). Les affects seraient ici forclos du monde interne, selon un mécanisme excessivement primaire.

Françoise Brelet-Foulard (2004) considère, en s'inspirant de Phyllis Greenacre qu'elle cite, un glissement de la notion de *« faille de mentalisation »* à celle de *« fragilité de l'intériorisation »*, l'agir devenant une « mise en drame faute de mise en scène (fantasmatique) ». « L'externalisation d'un fantasme répétitif peut être entendue comme une prothèse que la psyche met en place. Du fait même que cette liaison est pulsionnelle (puisqu'il s'agit comme le dit Phyllis Greenacre, d'une « organisation » où sujet et objet sont reliés par le mouvement de la pulsion), elle maintient quelque chose d'une vie psychique, mais selon des modalités peu capables de dérivation, de métaphorisation, de jeu, moins encore de sublimation. Celles-ci n'ont d'autre destin que de se répéter telles quelles, indéfiniment » (Op. Cit. p. 3).

L'agir pose la question du fonctionnement du moi. Seule possibilité défensive du sujet parfois, cette modalité semble pourtant souvent être considérée négativement.

[328] C'est nous qui soulignons.

Françoise Brelet rappelle que le rapport au temps, au délai, est problématique pour les personnalités inscrites dans le recours à l'acte.

Dans la fugue et dans l'errance, on retrouve ces notions: urgence, nécessité, absence de paroles, inaccessibilité. La décharge serait agie, sans plus de mentalisation _ surtout dans l'errance certainement. Il s'agirait d'une voie brève, d'un raccourci qui, pour les pulsions, leur évite le détour par le psychisme et l'élaboration mentale. Philippe Jeammet (1985) parle d'un « court-circuit de la vie fantasmatique»[329].

Pour Guy Trastour[330], chez les errants comme dans toutes les pathologies de l'acte, les décharges se produisent avec angoisse, sur fond d'étrangeté, sans élément délirant *mais avec une propension dépersonnalisante.* Il y aurait ici carence d'activité de liaison, un déficit du préconscient. Il y aurait impossibilité du retour vers l'inconscient (du refoulement) au profit de la « voie courte » c'est-à-dire de la décharge dans l'acte.

Commentaire

Le recours à l'acte serait souvent momentané, chez des individus manquant de capacité de penser. Il y a différence entre épisodes, actings, raptus, crises et *installation chronique dans un état.* La stabilité de mécanismes installés n'est peut-être pas celle que l'on rencontre dans des désorganisations brutales, peu durables, éclair.

Les passages à l'acte ici abordés relèveraient d'épisodes particuliers, avec une forme particulière, une adresse (malgré tout), un contexte, et n'intéresserait pas la vie entière.

Alors même que c'est ce que nous décelons dans l'errance : cette installation ad vitam (qui s'adresse d'abord au sujet lui-même sans qu'il ne le sache). Il n'y a pas chez l'errant de suffisante possibilité de penser sa propre vie, de pensée réflexive, de pensée sur soi, d'investissement du Moi.

Notons aussi que dans l'errance, le passage à l'acte ne vise pas autrui, ou très indirectement. Il s'agirait d'un raté du sujet seulement. Il ne s'agit pas en propre d'un passage à l'acte anti-social, au sens d'un passage à l'acte psychopathique ou pénalement réprimandable[331]. L'errance serait existence peu/non mentalisée, ancrée dans l'agir permanent*, sans direction et surtout « sans Moi directeur». Le sujet s'est perdu dans l'errance. Le passage à l'acte consisterait ici en une dissolution (défensive, victorieuse) du sujet.*

Ces éléments, selon nous, permettent de renforcer la familiarité entre dynamiques limites et errance sans les confondre : les Etats Limites n'ont pas si souvent une désorganisation totale, brute. Au contraire, existe chez eux, de façon plaquée, un ou

[329] Jeammet Ph. (1985). « Actualité de l'agir », Nouvelle Revue de Psychanalyse, 31, p. 201-222.

[330] Trastour G. (2000). « Partis de nulle part et revenus de tout », texte de la revue Champ Psychosomatique, N°20, page 719.

[331] Même si une dimension de sape fondamentale du modèle culturel peut lui être reconnue, voire à ce niveau les apports historiques et ethnopsychiatriques en partie II de cette thèse.

plusieurs secteur(s) (pseudo) « adapté(s)» n'existant pas/plus chez l'errant actif ayant engagé l'entier de son être et de son existence dans cette voie.

Dans l'errance, le sujet est débordé par le passage à l'acte mais peut-être est-il en vie grâce/par cette mise en acte.

II-14 Errance et notion de crise

Qu'est-ce qu'une crise

La crise, psychologiquement, en nous inspirant du travail de Robert Steichen (1981), serait la survenue au grand jour d'un conflit antérieurement latent ou potentiel et qui devient brusquement présent, patent, actuel. Un conflit latent devient manifeste pour dire au plus bref. Une crise va engager une mutation. La crise maturante de l'adolescence par exemple va pousser à la restructuration de la personnalité. Une crise occasionne de ce fait une souffrance, un inconfort, une incertitude interne qui n'est pas négative mais nécessaire au changement, comme « il n'y a pas de rose sans épine ». Les crises appartiennent aux êtres vivants, « êtres crisiques » pour Edgard Morin (1976).

En psychopathologie

La crise signifie un changement brusque, subit, dans l'évolution d'un état pathologique ou chez un sujet sain. Elles désignent volontiers en psychiatrie *un moment fécond* (Antoine Porot, 1984) dans l'évolution de personnalité où les moyens de défense sont débordés, insuffisants. Le sujet est en situation de rupture. La crise comprend le risque d'une perte d'identité aussi bien que la possibilité d'un changement profond et favorable de celle-ci.

Une crise peut avoir trois issues logiques : changement positif, effondrement catastrophique, retour à l'état antérieur.

Les urgences psychiatriques recouvrent souvent des moments de crises, mais pas seulement. Ribstein, Montalti et Rouquette (1981) différencient de la crise *la réaction*. Cette dernière serait la manière dont le sujet donne réponse à ce qui lui arrive. Les choses s'expliquent, contrairement à la crise, à considérer comme « non réponse, sursis à la réaction ».

Le « travail de la crise »

La crise *n'est pas conflit*. Il n'y a pas ici opposition de deux options contraires mais *coexistence*. Le « *travail de la crise »* (c'est nous qui formulons les choses ainsi) devrait ouvrir à un choix et non à un compromis.

La crise n'est pas non plus à confondre avec un simple état de stress issu de la réaction à un événement pathogène. Dans la crise, ce ne serait pas tant les raisons de son déclenchement qui seraient les plus importantes à prendre en considération mais « son évolution et son dénouement ». La crise porte l'espoir d'un réaménagement tandis que le stress pousserait vers plus de pathologie.

La crise n'est pas nécessairement désastre, y compris donc en terrain psychopathologique (Thom, 1976).

Déroulement/phénoménologie de la crise

Bolzinger (1982) part d'une définition phénoménologique de la crise : « […] connaitre un état inhabituel de tension et d'effervescence » (Op. Cit. p. 476). Pour reprendre en partie cet auteur, notons que *le criseur* est surpris de ce ressenti, il ne s'y attendait aucunement et ne peut réussir à contrôler le flot émotionnel. Il lutte sans réussir, sidéré, avec un certain blocage intellectuel, pouvant dire après, le cas échéant, que c'était « un enfer ». Un sentiment de catastrophe imminente et une détresse impensable serait endurés. Il y aurait *régression temporaire*, avec recherche d'un modèle antérieurement connu sur lequel s'appuyer. L'angoisse est majeure et le recours aux psychoactifs serait courant pour essayer de mettre fin au malaise (non à la problématique qui reste la même bien sûr).

A ce point, le sujet criseur peut avoir évolué : changement de référentiel pour ses valeurs, abord d'éléments coincés comme certains deuils et recouvrement d'une nouvelle dynamique.

Sans cela, le risque de décompensation psychotique ou « une catastrophe de désorganisation » peut advenir.

Selon René Diatkine (1957), l'échec de la crise amène à la régression de la personnalité.

Environnement et crise

L'environnement est d'importance en situation de crise. Le sujet en crise est possiblement hors de lui-même, en difficulté pour maintenir son identité par exemple. L'environnement devrait ici avoir une fonction contenante/conteneur pour permettre que le travail de la crise puisse trouver une issue (la plus favorable possible).

Winnicott pense que la rupture d'avec la vie intra-utérine ne peut être surmontée par l'enfant qu'avec l'aide de la mère. Une mère « suffisamment bonne » ouvre à « une aire transitionnelle », un « espace intermédiaire d'illusion » qui permettra au sujet de différencier sa réalité subjective de la réalité externe dans un contexte sécurisant. Sans cet environnement, le jeune enfant ne peut ni s'identifier, ni s'éloigner de sa condition de détresse originelle[332].

René Kaës (1979) aborde les crises par les relations sujet-environnement. Le sujet s'étaye sur la mère, le corps, le soi, le groupe mais ne peut se réaliser qu'au moyen d'un espace transitionnel. Si cet espace vient à manquer, une crise advient.

[332] Nous renvoyions ici aux grandes lignes du texte de Donald Woods Winnicott : « La crainte de l'effondrement » consignées en annexe N°10 et aux écrits de René Roussillon exposés en partie III-2 de cette recherche.

Commentaire sur Errance et crise

Il nous semble utile de retenir que réside dans la crise, et conditionnant même son déclenchement, cette *notion normalement temporaire* de *choix impossible*, de non engagement du sujet coincé entre deux options (au moins). Edgard Morin indique dans son texte cité[333] que l'équipement cérébral humain permet l'existence d'éléments incompatibles en coexistence[334], mais que celle-ci peut devenir insoutenable.

Existe généralement *par la crise* un travail interne, ce que nous avons nommé *« travail de la crise »*, devant permettre au sujet de se déterminer et d'apaiser sa tension. Nous avons noté que le sujet en crise est un sujet en rupture de lui-même, en difficulté identitaire. Son angoisse est décuplée, elle le fait souffrir. « En attendant », le sujet a recours à l'extérieur pour soulager la tension : il peut avoir recours à des substances, ce qui calme sans permettre l'élaboration. Il peut avoir recours à l'environnement relationnel pour l'aider à trouver sa voie. Il est des crises où justement, l'entourage guide/contient/maintient le sujet qui ne peut plus penser, concevoir clairement, ce qui lui arrive. Il s'agit d'un soin transitionnel (Kaës, Bleger & al, 1979).

La crise est généralement vue en psychopathologie selon l'angle vif de l'épisode aigu. Il nous semble pourtant que le maintien d'une dynamique de crise, c'est-à-dire un malaise identitaire n'autorisant pas le sujet à se déterminer/définir, puisse exister couramment. L'expression paradoxale de *« crise durable »* n'est selon nous pas inepte sur le plan de l'observation clinique courante. Un certain nombre de cas de patients alcooliques pourrait être conçu en fonction de ce mécanisme de crise irrésolue au long cours soulagée par un apport externe, une *défense externe* au travers un objet particulier : l'alcool (qui peut être un autre objet addictif pensons-nous).

En quelque sorte nous pourrions-dire que *le sujet s'attend lui-même* dans cet équilibre instable, dépendant de son « objet anti malaise interne ». Il y a stase temporaire, largement illusoire, *« phase irrésolutive durable»* en quelque sorte, mais ayant le mérite de ne pas précipiter vers l'abime, la catastrophe. Retenons qu'un pourcentage non négligeable d'alcooliques sevrés se suicide par exemple. Le sujet ici patiente ainsi avant son hypothétique avènement. Le fait de boire (par exemple, mais tout autant de consommer d'autres drogues par exemple, ou de jouer, …) à la fois masque et conserve, dévie la confrontation au malaise, à la crise toujours agissante en fond. Plus on dure dans ce type d'économie interne, plus il est improbable d'éclore certainement (O. Jan, 1989). Le sujet en reste à une dynamique et une identité pseudo, proche des états-limites.

Une crise prolongée, installée, paradoxale « crise chronique », a-t-elle la même phénoménologie qu'une crise aigüe ? Il nous semble pouvoir dire que la souffrance recouverte par les défenses externes comme par les tentatives de clivage, par les surenchères narcissiques, ne se trouvent jamais « qu'endormie », distraite mais

[333] Morin E. (1976). *« Pour une crisologie »*, *La notion de crise*, sous la direction d'André Béjin et Edgar Morin, Communications, 25, p. 149-164.

[334] Edgard Morin ne dit pas à quel prix vit-on avec ces contraires.

toujours vivace, apte à revenir strictement inchangées en cas de faillite du système d'aménagement de personnalité, en cas de faillite ou de manque de l'objet-recours de type anaclitique. Il semble logique que cette phénoménologie de crise soit ainsi toujours menaçante.

L'errance ne pourrait-elle pas trouver ici un certain écho ? Les errants sont souvent des personnes usant de défenses externes, d'alcool avant tout dans notre société. Leurs défenses pourraient être insuffisantes à supporter l'entier de leur intériorité souffrante.

Ce chapitre nous ouvre à la confrontation états-limites et dynamique errante : s'agirait-il d'une même organisation de personnalité dénommée de deux manières différentes? Si non, quelle(s) distinction(s) nous permettrai(en)t de les discriminer ?

II-15 Errance et trouble du narcissisme de type état-limite

La notion de fragilité ou défaillance narcissique s'est développée à partir de la clinique des adolescents et celle _ ressemblante en bien des points _ des états limites.

La propension à l'acte à l'adolescence serait un indice de la fragilité du narcissisme à cet âge. Le passage à l'acte viendrait comme défense contre les aspects dépressifs activés à cette période de la vie de différentes sources : modifications physiques et incertitudes quant à leur résultat pour le sujet, dévaluation psychiques des références parentales, désillusions quant aux idéalisations de l'enfance, rupture d'avec les anciennes valeurs identificatoires. Le narcissisme est alors ébranlé par ces secousses internes, le sujet potentiellement désespéré.

L'acte adviendrait ici comme ressource/recours, dans un montage permettant au sujet de vivre _ de manière illusoire _ selon une pseudo-grandeur, en rapport avec son idéal (impossible).

Les passages à l'acte sont ici souvent d'allure antisociale, débordant, les règles de manière plus ou moins grave. Il y a des niveaux bien différents dans la transgression, par exemple entre l'ivresse alcoolique passagère et exceptionnelle et l'emploi maximal et quotidien de substances psychoactives. Existent à l'extrême des élans excessivement destructeurs : il est alors possible de considérer la crise adolescente comme pathologique, le sujet ne semblant pas réussir à s'y reconstituer (Jeammet, 1985).

Dans ces derniers cas, les jeunes gens sont exposés aux traumatismes et donc aux effets délétères de ceux-ci sur le narcissisme, *pouvant se traduire par le besoin d'un agir permanent, d'une dépense par la décharge corporelle-motrice*. Les relations d'objet ne sont plus suffisamment investies, au profit précisément de l'agir-décharge-excitation, soit au profit de sensations auto-érotiques, désobjectalisées.

Dans ce contexte, l'usage d'un objet partiel est source de soulagement immédiat. Dans les cas favorables, ce passage par le pseudo-objet (l'alcool, la drogue, …) aura pour fonction de permettre un détachement progressif/amorti d'avec les figures parentales.

Dans les autres, le pansement devient l'ordinaire, avec *l'enkystement des mécanismes de crise pourrait-on dire* (Jan, 1989).

Le sujet peut, sur cet objet partiel, exercer un contrôle qu'il peut avoir l'illusion de considérer comme infaillible, ceci venant remplacer (illusoirement encore) la relation d'objet en tant que telle, c'est-à-dire avec ses risques (de perte, de déception, …). Cette dynamique évacue pour une part[335] la problématique vivante de la perte.

Patrick Ange Raoult considère que chez ces adolescents, « le fonctionnement psychique est marqué par l'utilisation de la réalité comme contre-investissement du monde psychique interne » (2006, p. 11).

Le sujet ainsi clivé pourrait se vivre comme un rebut, vil, méprisable ou comme un déchet.

Premier commentaire

Il nous semble intéressant de voir les familiarités entre ce que pourrait être la vie sans but et les mécanismes venant d'être décrits. En effet, la notion de crise enkystée, dès avant l'adolescence[336], l'idée d'une « crise permanente » selon les modalités évoquées semble cliniquement pertinente, ainsi que les aspects paradoxaux : *le sujet vit un envers pour exister.* Il s'agit d'avoir le sentiment de contrôler pour ne pas voir que dans la vie rien n'est véritablement sous contrôle.

Les Etats Limites pour Jean Bergeret

Nous avons choisi de nous baser sur les travaux de ce psychanalyste français, lyonnais et professeur émérite de psychologie clinique (comme plusieurs de nos auteurs de référence) pour aborder cette question qui fût à l'origine de sa thèse en sciences humaines, sous la direction de Didier Anzieu.

Il existe plusieurs manières de concevoir les états-limites par rapport aux deux grandes entités nosographiques que sont Névrose et Psychose depuis Freud[337] : comme des états proches de la psychose, proches de la névrose, ou intermédiaires entre elles-deux. Bergeret, structuraliste dans sa démarche, considère qu'une structure de personnalité est immuable après l'adolescence et que seuls défenses et symptômes peuvent varier. Etant possiblement en mouvement, il s'agirait d'une *organisation* de personnalité, friable, et non d'une *structuration*. C'est en ce sens que Bergeret a proposé la notion *d'astructuration mentale.* L'organisation état-limite est un aménagement de la personnalité qui n'est pas fixe, pas fixée et peut ainsi basculer. Le Moi lutte. Il s'agit d'une organisation précaire, fondées sur un narcissisme incertain.

[335] Et cette part le serait par clivage : au sein du moi, une partie sait ce que l'autre active mais ne veut pas le savoir.
[336] Qui n'a pas véritablement lieu chez les états-limites selon Bergeret (1996), au profit d'une pseudo-latence étirée.
[337] Pour qui se réfère bien sûr à la psychanalyse. Ces « vieilles notions » sont totalement contournées par les effets modernes attachés au DSM.

Le cas de Pat, que nous avons exposé en Annexe N°4, est emblématique de ce type d'organisation de la personnalité. Pat a connu une vie a conflictuelle, rongée (sans conscience de cela) par la mise à disposition d'elle-même au désir d'autrui, jusqu'à la survenue d'une décompensation régressive durable, un effondrement de sa personnalité. Nous avons préféré placer cette vignette clinique dans nos Annexes dans la mesure où il s'agit d'une patiente ne relevant pas de la grande précarité, rencontrée en Centre Médico-Psychologique.

L'organisation limite de la personnalité est précaire pour Bergeret, fragile, peut se modifier à tout moment de la vie du sujet[338] à l'occasion *d'un second traumatisme significatif* que l'auteur appelle « second désorganisateur psychique ». La cause manifeste du second traumatisme (un deuil par exemple) va déclencher/activer, au niveau latent, une ancienne frustration narcissique pré-dépressive correspondant au premier traumatisme, précoce, premier désorganisateur, jusque-là évité, compensé.

Dans *La personnalité normale et pathologique,* Jean Bergeret (1996[339]) évoque la genèse des états-limites en fonction de l'immaturité du Moi essentiellement. Ce Moi fonctionnerait sans fixation ni frustration massive confinant à la psychose, jusqu'à l'entrée dans l'Œdipe. Le *« traumatisme psychique précoce »[340]* entrerait là en activité, le sujet étant confronté au risque de perte de l'objet.

L'Œdipe ne peut pas être abordé de manière ordinaire. Les mécanismes archaïques tels le déni de la réalité et le clivage de l'objet, l'identification projective, le contrôle omnipotent de l'objet demeurent. L'évolution ultérieure de la personnalité serait bloquée dans ces mécanismes, ouvrant sur une « pseudo-latence ». *Cette phase est plus longue que la phase de latence normale, recouvrant celle-ci mais aussi l'adolescence.* La crise d'adolescence est évitée, le mouvement affectif d'investissements/ désinvestissements ne se fait pas, et ce possiblement *ad vitam* selon l'auteur.

Cette pseudo-latence bloque l'évolution de la maturité affective; c'est ce qui constitue le tronc commun des états limites pour Jean Bergeret.

Rappelons que si dans la névrose, un confit existe entre le Ca et le Surmoi, aménagé au travers du Moi, dans la psychose, le conflit exclue le Moi et se pose entre la réalité et les pulsions. Dans les états-limites, la problématique centrale est une maladie du narcissisme. La relation d'objet est bloquée sur la dépendance anaclitique à l'autre. Tous les états-limites luttent d'abord contre la dépression (abandonnique).

Pour définir le Moi de l'état-limite, Bergeret parle de *« Moi anaclitique »* (1996, p. 142). Son fonctionnement est caractérisé par deux secteurs opérationnels : l'un se tient adapté à la réalité extérieure, l'autre évolue sous le joug des besoins narcissiques internes. Le clivage n'est pas psychotique (cas dans lequel le Moi est éclaté) et le noyau profond de cette instance, le Moi, n'est pas menacé d'anéantissement. Il se

[338] Nous avions utilisé cette théorie dans notre mémoire de maîtrise (1988) pour aborder la décompensation psychiatrique d'un homme à la survenue de la crise du milieu de la vie.
[339] Cet ouvrage a été réédité pour la troisième fois en 1996 mais sortait initialement en 1974.
[340] Egalement nommé « premier désorganisateur » ou « désorganisateur précoce ».

déforme selon les besoins adaptatifs et selon le registre anaclitique quand une menace de perte d'objet apparaît.

Ces aménagements exigent d'être perpétuellement confirmés par autrui. Le sujet est dépendant d'autrui. « Cet objet joue le double rôle de Surmoi auxiliaire et de Moi auxiliaire, il se situe donc, avec une importante ambivalence dans le même moment, à la fois comme interdicteur et comme protecteur » (Op. Cit. p. 143).

L'objet anaclitique est indispensable au fonctionnement du sujet état-limite. Celui-ci s'appuie totalement sur l'autre, dans une attente passive de satisfactions mais aussi dans une manipulation agressive.

L'angoisse dépressive est continuelle : il s'agit d'une angoisse de perte d'objet. S'il vient à manquer, la dépression guette.

La personnalité limite s'organise autour de *l'idéal du Moi*, instance plus ancienne que le Surmoi et favorisant de possibles inadaptations. « C'est donc, de notre point de vue, avec des ambitions héroïques démesurées de bien faire, pour conserver l'amour et la présence de l'objet, que ces sujets vont aborder leur vie relationnelle, beaucoup plus qu'avec des culpabilités d'avoir « mal fait » sur le mode génital ou un dégoût (lignée narcissique) de soi-même, éventuellement projetable sur les autres » (Op. Cit. p. 149).

Le manque de consistance du Surmoi fait que l'acte, au sens du passage à l'acte, est utilisé de façon inattendue et possiblement incompréhensible.

Les mécanismes de défense de l'état-limite sont l'évitement (éviter la représentation gênante pour préserver son équilibre), les réactions projectives, le clivage de l'objet baptisé par Bergeret « dédoublement des imagos » (utilisé pour lutter contre l'angoisse de perte d'objet). Le Moi peut aussi se déformer comme nous l'avons mentionné (secteur adapté, secteur narcissique).

Les états-limites utilisent des mécanismes de défense coûteux en contre-investissements*. Le risque de décompensation est important, maintenu tout au long de la vie.* Les hyper adaptations ou hyper normalités limites peuvent rompre brutalement, si l'objet fait défaut, si le recours n'est plus possible. Ce qui cause la rupture avec l'état aménagé du Moi, c'est la survenue du second désorganisateur, d'un second traumatisme psychique venant faire écho au premier. Les défenses ne peuvent faire barrage à l'angoisse.

La décompensation, si elle est psychique, au-delà des aspects dépressifs et les manifestations d'angoisse, *peut ressembler à une crise d'adolescence tardive,* avec une remise en question pouvant paraître tout à fait anachronique, touchant l'entier de la personnalité. Le sujet est alors en besoin urgent de restauration défensive « sous peine de mort » dit Bergeret, collapsus ou suicide.

Outre le risque psychiatrique (y compris de décompensation psychotique), existent un possible glissement vers un état psychosomatique (désinvestissement des aspects sexualisés).

Second commentaire

C'est dès le premier désorganisateur précoce que le sujet état-limite se trouve dans un système de défense lourd et coincé, sans possibilité de souplesse ou de nouvelle élaboration. C'est dès la petite enfance que la dynamique instable est engagée, que l'anaclitisme fonctionne. Le second désorganisateur serait simplement un événement venant mettre en risque _ mais aussi bien plus en évidence, agissant comme un révélateur _ l'immaturité sous-jacente camouflée sous l'adaptation, l'instabilité du montage jusque-là « opérationnel » au prix de coûteux mécanismes (déformation du Moi, angoisse abandonnique pétrifiante toujours menaçante).

L'errant est-il un état-limite? Par son absence de recherche anaclitique incarnée, par son manque de normalité (y compris seulement apparente, pseudo) dès l'enfance, par son manque de réussite, d'aptitude à l'accroche, aux apprentissages, par l'invalidité toujours plus grande de son adaptation*, l'errant ne semble pas véritablement construit de cette manière.*

La plus grande des différences tient, pensons-nous, à la relation d'objet. Si l'état limite continue de lutter pour essayer de posséder l'objet, s'en rendant tout à fait dépendant, *l'errant a renoncé à l'objet*. L'errant flotte sans direction tandis que l'état-limite s'acharne à fixer le cap sur l'objet. Les amarres sont larguées définitivement chez l'errant, toujours en quête d'être installées pour l'état-limite. L'inscription dans le temps est de ce fait bien différente dans les deux cas.

Les ressemblances existent aussi : la notion de traumatisme précoce, la notion d'une organisation sans réelle structure (avec la possibilité de décompensations de différents ordres et imprévisibles), le manque d'investissement ou d'accès au symbolique, le risque de coupure d'avec les affects, le recours opératoire.

Exemple clinique de Mike

Nous rencontrons depuis peu cet homme de 50 ans à l'allure de boxeur dans un foyer d'hébergement d'urgence. En blouson de cuir noir, Mike est resté bien des années à la rue avant d'accepter de « se ranger » (sic) et de venir ici, avec l'idée de prendre un appartement par la suite (« on me dit que c'est trop tôt, c'est vrai »). En secret autour de lui, on considèrerait plutôt que c'est trop tard…

Mike lutte contre son alcoolisme. Il ne boit plus qu'une « petite quantité » de bières fortes par jour, qu'il confie aux animateurs du lieu pour pouvoir en avoir une environ toutes les deux heures.

Mike est un ancien enfant « abandonné », n'ayant aucun souvenir de ses parents. Il n'aurait guère connu ses nombreux frères et sœurs, qui ont été éparpillés dans différents lieux de placements.

Mike rapporte de son enfance plusieurs éléments : son aspect casse-cou d'abord, l'ayant mené à bien des accidents ; son impossibilité à se canaliser, jusqu'à l'adolescence où il découvrait en même temps l'alcool, la pratique intensive du karaté,

la fascination pour le rock'n'roll et « la rock attitude », se composant à partir de là un nouveau look qui deviendra la constance de sa vie. Jouant très mal de certains instruments de musique quand nous le rencontrons, il affirme haut et fort sa qualité de musicien, rockeur et hard-rockeur.

Existe chez lui quand nous le rencontrons un besoin de grandeur allant avec un recours à la mythomanie. Cette composante génère possiblement (pour nous, pour les intervenants, pour les résidents) un rejet, une relative mise à l'écart, mais dans le cas de Mike, très abimé malgré les projets irréalistes qu'il peut parfois trouver, tout le monde le tolère, le trouve sympathique, l'admet. La collectivité dans son ensemble l'accueille. En quête de reconnaissance permanente, il se montre aussi très tolérant avec autrui.

Mike a toujours voulu réussir et aurait exercé différents métiers. Il estime avoir toujours été *fameux* dans les différents domaines par lui essayés ou habités : immodestie toujours.

De son enfance encore, il parvient à relater des parts difficiles qui lui apparaissent telles seulement depuis qu'il réussit à en parler, c'est-à-dire depuis qu'il a fait la rencontre au foyer d'un animateur qui le « prend au sérieux ». « Avant, je ne comprenais pas bien, j'avais honte de le dire, maintenant je comprends que je n'y pouvais rien ».

Mike a été placé dans une seule famille d'accueil, chez une dame âgée et sans mari, en campagne. Cette dame le faisait travailler au jardin très tôt, le chargeait de corvées qu'il assumait sans révolte et malgré les coups qu'il prenait du fait de son aspect agité. Il se dépeint comme un élève doué mais instable : « je ne pouvais pas m'assoir, j'étais toujours debout, les maîtres me mettaient dehors. J'aimais bien apprendre, j'ai su lire vite, mais je ne pouvais vivre que debout, en marchant, en bougeant. J'ai eu des corrections pour ça, je recommençais sans pouvoir changer. Les maîtres m'ont battu, puni, ma nourrice aussi. Pour ça et pour d'autres raisons ».

Mike n'a rien su de sa propre famille jusqu'à la fin de son placement. Il n'aurait pas été soigné pour son instabilité comportementale, son agitation psychomotrice mais simplement « corrigé », sans effet positif estime-t-il. Il aurait toujours connu son statut « d'enfant de la DDASS », stigmatisé par des accoutrements désuets, mais n'aurait jamais réussi à savoir ce qu'il en était de son origine jusqu'à apprendre la déchéance parentale pour raison d'alcoolisme.

Depuis l'enfance, sa nourrice le battait parce qu'il refusait de l'appeler maman. La subtilité aurait été que cette femme sans enfant et sans mariage portait le même patronyme que lui, un nom de fait excessivement répandu dans la région.

Sa réaction aux coups de sa nourrice aurait été tardive : « vers 15 ans, j'ai commencé à me barrer. Je faisais des fugues. Personne ne comprenait, on la prenait pour quelqu'un de bien de toute façon. Personne ne savait! Un jour, vers 18 ans ou un peu moins, je ne suis pas revenu. Je me suis démerdé. Je me suis engagé, j'ai pu apprendre des choses utiles pour travailler ».

Instable dans ses métiers, dans ses places, Mike aurait très tôt rencontré une femme et entamait une relation fidèle et durable avec elle. « Je ne l'aimais pas, je l'adorais. Je lui donnais tout ». Le couple aurait donné vie à deux enfants, dont l'un décédait accidentellement.

Cet événement aurait déclenché le « largage » du sujet. « Ma femme m'aimait, et moi aussi, je passais mon temps à travailler dur, mais là je ne pouvais plus rester, c'était trop dur, je me suis mis à la rue, j'ai fait le con, je suis devenu un pote de tout le monde dehors, c'était ça ma vie : jamais ajeun. J'ai été cassé. Je revois toutes les nuits comment j'ai perdu mon enfant » (circonstances ne mettant pas en cause sa responsabilité). C'est ce symptôme nocturne qui a permis notre rencontre.

Mike est un homme qui sollicite, qui demande, qui s'accroche, qui relance. Il semble, dans ce moment de vie que nous voyons sous nos yeux, dans une dynamique volontaire de changement. Il a peur de problèmes de santé (Mike est épileptique depuis ces dernières années et redoute les trouées occasionnées dans sa vie par les crises). Nous repérons chez lui très clairement son ambivalence : en attente de liens venant le porter et si possible fortifier la restauration de son Moi, il est autant capable de les fuir.

II-16 Errance, fuite, évitement

Henri Laborit intitule en 1976 *Eloge de la fuite* un essai devenu célèbre, dans lequel le scientifique développe une philosophie de l'action selon trois axes: combattre et ainsi améliorer son sort, sortir victorieux ; combattre et perdre, sortir dominé, ce qui, dans son approche neurobiologique inhibera la possibilité de rebond par la suite. Enfin, troisième issue logique : fuir, rester imaginatif et laisser la possibilité de sortie des déterminismes en usant au plus de la conscience de la situation. Laborit considère que cette voie n'est pas la plus aisée, malgré le besoin biologique de l'homme de ne pas se satisfaire de ce qu'il obtient.

Fuir peut sauver la vie, les évadés le savent[341]. Freud n'a pas développé la notion de fuite, sinon celle de la conception de « fuite inconsciente dans la maladie »[342]. Cette formulation définit « […] le fait que le sujet cherche dans la névrose un moyen d'échapper à ses conflits psychiques ». Il s'agit bien sûr d'un élan qui échappe, inconsciemment déterminé.

La fuite est un vocable aspécifique dans le langage psychiatrique[343], désignant la même chose ici que dans le langage courant, c'est-à-dire l'action de fuir, de chercher

[341] Le risque encouru est parfois terrifiant, comme le montre l'exemple de ce groupe de militaires polonais choisissant de fuir leur camp en Sibérie à travers les pires obstacles, épopée écrite par l'un des rares survivants : Rawicz Slavomir (2011), *A marche forcée. A pied du cercle polaire jusqu'en Inde 1941-1942*, Editions Phébus.

[342] Laplanche et Pontalis (1978), page 174.

[343] Sauf pour la « fuite des idées » dans des tableaux de désorganisation et d'hyper activation, de tachypsychie : les pensées échappent au sujet qui les émet.

à se dérober à quelque chose de pénible ou dangereux. Dans ce sens, on fuit les situations générant de la peur, s'expliquant par un réel et objectif danger.

En psychopathologie psychanalytique, la fuite est surtout mise en avant comme défense par évitement et constitue la première défense de la névrose phobique. Le sujet confronté à l'objet est victime d'un malaise, d'une crise d'angoisse. Il ne s'agit pas là d'un choix d'évitement mais bien d'une obligation interne, d'origine inconsciente, contraignant le sujet à s'y soumettre.

Dans la phobie donc, un objet clairement repéré par le sujet est pour lui source d'angoisse ; il doit l'éviter pour que ne se déclenche pas le malaise. Mais le patient ignore pourquoi cet objet génère le malaise systématiquement (hors de la protection constituée par l'objet contre-phobique). Seule l'investigation de l'inconscient pourra donner sens à la conduite et possiblement lever le symptôme[344].

Commentaire

Qu'en serait-il de l'errance? Sur le plan de la logique autorisée par la psychopathologie psychanalytique, l'hypothèse selon laquelle le symptôme d'errance pourrait avoir des racines de ce type _ être en errance pour éviter quelque chose _ paraît recevable.

Mais si le danger fantasmé[345] est net pour celui qui le fuit dans la phobie, *l'errant ne dit pas, ne peut dire ce qui pourrait le mener à ne pas se fixer, quel « objet » viendrait ainsi le contraindre à errer. Il ne semble pas pouvoir donner de raison à son « besoin » de vivre ainsi, sans but. Nous pourrions dire : tout comme il évolue sans but, il ne donne pas d'origine ou de raison explicative à sa manière d'être.*

Le symptôme névrotique de phobie ne gagne pas toute la vie du sujet qui en est atteint. Globalement l'insertion sociale est maintenue chez les phobiques, comme leur orientation dans la vie sociale, la conscience du caractère psychique et bizarre de ce qu'ils ont à supporter venant d'une part d'eux-mêmes. Cette propension à la pensée réflexive propre aux névroses ne se retrouve pas dans l'errance vraie.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie descriptive des cliniques de la rue, rares sont les névrosés qui se laissent glisser jusqu'aux limites de la désocialisation. Lorsque c'est le cas nous repérons une aptitude à rebondir, à ressentir le danger, à profiter des relations aidantes se proposant. La « tombée sociale » correspond dans ces cas à une crise de la personnalité a priori non durable et non à l'enclenchement d'une vie d'errance[346]. Le névrosé utilise son aptitude à ressentir les signaux d'angoisse, ce qui n'est pas le cas dans d'autres structurations de personnalités.

Si ce qu'évite le névrosé phobique ne touche pas l'entier de sa vie et de sa vie psychique, il ne semble pas en être de même chez l'errant « vrai », qui lui serait un «errant total » : l'entier de son être serait soumis à la logique errante, sans que le Moi

[344] Voir S. Freud (1909), « Analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans » (Le petit Hans) in *Cinq psychanalyses*.

[345] La phobie n'est évidemment pas la peur.

[346] Comme le montrent les exemples de Noël et Jonathan en partie II-6.

puisse gouverner. Cette observation en comparaison avec la logique de la phobie nous permet de penser que si évitement ou fuite il y a dans l'errance, cette nécessité défensive est bien plus massive et complète que dans les névroses, laissant clairement envisager une personnalité sous-jacente sans ressort moïque et une construction identitaire restée floue narcissiquement.

Si le sujet errant fuit, c'est avant tout lui-même, son intériorité. Cette fuite de soi ou fuite devant soi nous semble être l'un des déterminants communs des errants vrais qui semblent lutter perpétuellement pour s'extraire de leur subjectivité, pour ne pas se diriger vers eux-mêmes. La fuite envisagée par Henri Laborit serait une solution salutaire pour le renforcement du Moi, pour l'avènement du sujet libre : se serait dans ce sens *une fuite pour soi*. La fuite de l'errance correspondrait à une toute autre logique: *la fuite de soi*, la *dissolution du sujet, sa disparition, tout en continuant de vivre, « hors de soi », selon une personnalité de surface, presque une personnalité-identité d'emprunt (rappelons l'usage des diminutifs et sobriquets chez nombre de personnes à la rue et vivant selon ces néo-identités aux consonances argotiques).*

Exemple de fuite (non névrotique): Carmen

Nous n'avons vu Carmen que quelques fois. Elle a connu semble-t-il une enfance parfaitement déstructurée, avec une mère meurtrière ayant tué le frère et les sœurs en bas âge de la patiente. Une mère dont elle a pu craindre le pire, légitimement, après -coup. Une mère l'ayant élevée quelques années avant de passer à l'acte de façon criminelle sur les autres enfants, donc. Une mère restée très longtemps en prison, qu'elle estime avoir dû aller visiter en étant adolescente, par pression extérieure.

Elle pense avoir été épargnée simplement parce qu'elle n'était plus là : elle était placée. Voici l'une de ses certitudes. Parallèlement, l'image qu'elle conserve de son père relève de celle d'un père incestueux, totalement absent de son éducation, inconsistant, ne l'ayant pas reconnue. Les liens primaires de cette dame ont ainsi été particulièrement malmenés, générant cette grande fragilité narcissique observable d'emblée et l'importance maintenue de l'angoisse. Nous avons repéré l'aspect très ambivalent du lien à la mère, Carmen continuant de l'entretenir (avec distance) malgré le fait qu'elle repère l'indifférence maternelle à son égard. Fondamentalement, Carmen semble en peine pour affirmer ses liens. Son Moi serait à ce point peu construit qu'elle ne réussirait à se fier à ses propres lectures/perceptions, aux leçons de sa vie. Elle aurait été répétitivement liée avec des hommes maltraitants notamment. Elle aurait dû fuir plusieurs fois.

Elle mentionne son placement, long, au sein d'une seule famille qu'elle décrit comme ayant été *faussement bonne* pour elle en quelque sorte : une famille ayant attendu d'elle qu'elle ne soit pas une fille pense-t-elle ; une famille qui n'aurait pas été à l'écoute de ses élans de vie (pas de camarades, réserve d'une différence de traitement par rapport aux enfants propres du couple). Il est possible que les difficultés listées puissent au moins partiellement relever pourtant de la personnalité propre de Carmen

et pas seulement du comportement des parents substitutifs, d'une faculté sensitive affleurante à interpréter et à projeter sur autrui une part de son propre négatif et de son auto-exclusion. Après ces souffrances de liens, ces casses, Carmen serait restée dans un parcours doloriste, abandonnique, traumatique, en rencontrant des hommes doubles, faux ou abusant de ses faiblesses et de sa dépendance/fragilité affective.

Dans ses relations aux hommes, elle se serait peu défendue, semblant avoir été encore et encore déçue, victime, objet-non-objet[347] pour eux. Le vécu de cette suite existentielle semble d'ailleurs être partiellement défait d'affects, comme relevant d'une autre personne qu'elle-même quasiment. Il s'agirait d'une forme de dépersonnalisation/déréalisation/distanciation pathologique pouvant en partie expliquer la déresponsabilisation retrouvée à différents égards chez cette dame. Le fait est que cette conception/perception du monde ne rend pas Carmen toujours parfaitement apte à réagir judicieusement et de façon adaptée, pour elle comme pour ses enfants. Dans cette série, elle n'aurait pas pu empêcher que son dernier compagnon ne passe à l'acte sur l'un de ses enfants et l'ayant appris, n'en aurait rien dit.

Sa réaction, immature, impulsive, sans pensée, *a été de fuir*, de changer de région brutalement, en laissant cette petite fille chez son père, en laissant son enfant handicapé placé dans son centre, en emportant seulement son dernier enfant, toujours bébé. Elle est désormais dans l'urgence sociale, sans lien et l'autorité judiciaire lui demande des comptes. Sa personnalité semble relever d'une forme d'abandonnisme avec cumul traumatique et traumatophilie, sinon masochisme. Nous avons entendu, dans l'entrevue, son cri: *« Je ressens depuis ma naissance qu'on m'a toujours rejetée. Je me sens une personne triste à cause de ça ».*

Son inaptitude à protéger ses enfants est une question importante. La personnalité de Carmen, telle que nous venons de l'ébaucher, ne donne pas tous les indices permettant de pouvoir considérer que les manques antérieurs relevaient d'un épisode isolé, d'un moment. Le manque de capacité à la remise en question, à la prise de conscience et l'insight, à la pensée réflexive vient au contraire soutenir l'idée d'un manque de mentalisation, possiblement structurel. Carmen n'est pas revenue après ces quelques entretiens. Est-elle partie encore ailleurs ? A-t-elle été obligée de retour par la Justice ? Disparition… Sa fuite, éperdue, semble pouvoir quasiment s'apparenter à un voyage pathologique, ce que nous abordons maintenant.

[347] L'expression est de Paul Racamier.

II-17 Errance et voyage pathologique

Les développements menés dans cette thèse évoquent l'errance à la fois comme une possible pathologie, comme une symptomatologie venant montrer des logiques d'existence différentes de celles ordinairement valorisées culturellement et actualisées chez l'humain, mais aussi comme une défense venant tenter de combler les casses du sujet, une voie pour « vivre quand-même » malgré le bruit des casses infantiles notamment et des attachements échoués.

Exemple clinique de voyage pathologique : Daisy

Daisy est nigériane, ayant obtenu l'asile en France après des violences religieuses subies au pays ayant notamment entraîné la mort de son père. Elle considérait être fautive de l'événement pour avoir eu un enfant avec un homme d'une autre religion. La famille de ce dernier en venait à vouloir la tuer ainsi que l'enfant, de surcroît marqué par des stigmates génétiques le rendant culturellement indésirable.

En France, la pathologie du deuil s'avérait durable chez cette personne par ailleurs très immature, très déréalisée et atteinte d'hallucinations. L'ensemble du tableau clinique permettait d'être inquiet pour la qualité de son rapport à la réalité et pour ses facultés maternelles (elle venait nous consulter un jour en ayant laissé son dernier bébé à la charge du « grand fils» de 3 ans…).

Elle nous annonçait brutalement un jour devoir aller vivre « au Territoire de Belfort ». Ce lieu ne faisait pas particulièrement sens pour elle, mais elle devait impérativement s'y rendre. Elle expliquait avoir entendu *la voix de son père* lui intimer l'ordre de ce nouveau déplacement. Malgré notre souci de discuter de cette démarche, Daisy disparaissait avec ses deux jeunes enfants pour se rendre en cette ville, parfaitement inconnue d'elle. Nous la perdions de vue à ce moment, informés partiellement par un travailleur social de ce qu'elle devenait bien des mois plus tard : elle était revenue, dans un état pathologique irrésolu et accru.

Commentaire sur le cas de cette patiente

Nous voyons chez Daisy que ce voyage ne procurait pas l'apaisement de son état. Il n'empêche que ce périple se donnait cette vocation, sur injonction hallucinatoire. C'est-à-dire que même pathologique, un voyage de ce type peut être ordonné par un but : aussi fou soit-il, il ne s'agit pas d'un hasard ou d'une errance. Le voyage pathologique est le déplacement d'une personne, comme il en est pour Daisy, sans raison autre que psychopathologique. Il est un vecteur du délire.

Autre exemple clinique : le cas de Vadoue

Vadoue est hébergé en Centre d'Hébergement d'Urgence. Il est tardif tous les matins à quitter les lieux, ce qui nous donne l'occasion d'échanger quelques mots parfois, de se connaître de vue. Vadoue est d'origine indienne, son phénotype y renvoie très immédiatement. Nous remarquons chez lui une bizarrerie : il s'attache des plumes de pigeon dans ses cheveux organisés en dreadlocks. Nous le voyons dans des attitudes

d'écoute mais en nous approchant de lui, il revient à la réalité et ne parle pas de son contenu de pensée.

Un matin de soleil, nous entendons depuis la cour des sons de clochettes entrechoquées, de longues litanies incompréhensibles : il s'agit d'un rituel que produit plus manifestement qu'avant Vadoue dans sa chambre collective quand il s'y trouve seul. L'un des animateurs du lieu a filmé, avec l'accord du résident, ce moment présenté comme un rituel dans une langue inconnue, suite de comportements comprenant des fumigations.

Vadoue part le matin et rentre le soir, très fatigué, épuisé. Nous le croisons partout dans la ville, sac au dos et plumes attachées.

Après quelques mois, il semble triste et harassé. Rencontré par plusieurs membres de l'équipe de l'UMAPP, il acceptera de voir un psychiatre. Il pourra expliquer sa dépression. Ayant été envoyé par son Dieu en mission d'évangélisation en France, à Rouen, il constatait l'inefficacité de ses efforts sur l'humanité.

Son parcours était rétabli, avec des travailleurs sociaux et des soignants. Le patient ayant habité longtemps aux Etats Unis, avait suivi son cheminement délirant et ainsi gagné la France et notre région pour mener ses actes missionnaires. Acceptant de reprendre des soins, un traitement médicamenteux, redescendant de la force de ses convictions délirantes, il envisageait de repartir en Amérique du nord. Son voyage retour était préparé, accompagné de manière partenariale par infirmiers et éducateurs. Il arrivait dans des conditions correctes aux USA, avec un accompagnement prévu.

Commentaire concernant Vadoue

L'expérience directe « d'évangélisation » délirante de Vadoue a abouti à reconnaître l'aspect épuisant et impossible de cette tâche divinement missionnée. Nous ne pensons pas qu'il s'agissait pour lui d'une sortie de l'état délirant, d'une critique consciente et raisonnée amenant à un changement. *Cet homme n'a jamais erré,* employé comme il l'était par la conviction de suivre un chemin obligatoire. Il n'est guère possible de faire renoncer quiconque à ce type de système hors d'un rapport utilisant la contrainte (vers les soins) qui fait bien souvent revenir les gens plus tard vers leur expérience non menée. Dans son cas, ce voyage pathologique aura peut-être eu cette vertu de ne pas avoir à reprendre de cette façon.

La notion de voyage pathologique, comportement d'une personne atteinte d'une maladie, est héritée de l'intérêt des aliénistes _ français surtout _ de la fin du XIXème siècle pour les « fous voyageurs »[348] . Selon Hacking (2002), les cas se seraient révélés nombreux (il parle d'épidémie) en cette fin de siècle, amenant différentes théories chez les sémiologues-nosographes qu'étaient les médecins spéciaux de cette époque. Pour eux, les conduites bizarres ou anormales devenaient des entités

[348] Titre du livre de Ian Hacking, professeur au Collège de France, chaire de philosophie et histoire des concepts scientifiques, paru en 2002.

pathologiques. Le raisonnement était fonction des grands axiomes de l'époque : hystérie et épilepsie surtout.

Dans son mémoire de DEA, Federico A. Caro (2005) donne quelques appellations classiques renvoyant à cette notion (p. 7) que nous reprenons partiellement : « La drapetomanie »[349] (1850), « Les aliénés migrateurs » (Achille Foville[350], 1875), «l'Automatisme ambulatoire » (Ph.Tissié, 1887), « Automatisme somnambulique » (P. Garnier, 1887), « Impulsion à la déambulation » (E. Duponchel, 1890), « Déterminisme ambulatoire » (A. Verga, L. Borri, M. Funaiolin 1891-93), Vagabondage impulsif (Pitres, 1891), « Dromomanie[351] » (E. Régis, 1893)…

Ian Hacking fait grand place à la thèse et au travail de Philippe Auguste Tissié publiée en 1887 et intitulée *Les aliénés voyageurs : essai médico-physiologique*[352]. Le patient étudié à Bordeaux, Albert Dadas, était un homme souffrant qui se perdait dans ses fugues. Il n'était en aucun cas une personne socialement désarrimée (il était gazier), sans liens familiaux (il avait une fratrie, il finira par se marier et devenir père). Il s'agissait d'épisodes de départ à pied, devenus impérieux, irrépressibles, débutant avec la même conviction (« j'ai grand mal à la tête, je serais bien plus à l'aise sur une grande route où je pourrais marcher librement » se disait-il en inaugurant son départ), le conduisant jusqu'en Algérie, en Russie…Il semblait vivre ces états pathologiques en semi conscience (obscurcissement du champ de conscience) et en revenait avec un sentiment de culpabilité. Tissié finira par le traiter avec un certain succès par la suggestion hypnotique (venant invalider l'hypothèse épileptique tenue contre lui par ses confrères bordelais).

Commentaire sur le voyage et les voyages pathologiques

Les errants sont-ils des voyageurs[353] ? L'importante place que nous avons accordée dans nos pages au travail d'André Gueslin[354] donne un aperçu de la complexité de la perception et de la place possible laissée aux sans-toits jadis, souvent condamnés au mouvement, au « voyage forcé, au fait de devoir « débarrasser la place ». Ici, il n'est pas question de voyage de découverte» (Haddad, 1995), mais voyage par interdiction de leur station prolongée dans un lieu et par nécessité de survie (emplois saisonniers).

Les errants actuels sont eux fort peu mobiles. La délivrance des minima sociaux exige d'ailleurs une relative fixité géographique, ce qui pourrait en partie peut-être expliquer cette errance à rayonnement faible. Nos descriptions insistent d'ailleurs

[349] Cette entité était inventée par des médecins de Louisiane pour désigner chez les esclaves noirs leur propension (pathologique dans cette vision) à vouloir s'enfuir (Caro, page 8). La science se fait parfois intimement complice d'une idéologie dominante, comme nous l'avons mentionné en citant Berthelier (1993) au chapitre 1 à propos de la conception particulière des troubles psychiatriques des algériens par les éliénistes de l'école d'Alger.

[350] Foville qui œuvrait à l'hôpital de Quatre Mares devenu notre Centre Hospitalier du Rouvray.

[351] Ou « impulsion irrésistible de fuite » (2002, page 107-108).

[352] Notons que cette thèse et l'histoire du rapport entre Tissié et son patient Albert Dadas ont inspiré un récent ouvrage de bande dessinée de Christophe Dabitch et Christian Durieux intitulé *Le captivé*, publié chez Futuropolis en 2014. Cette bande dessinée est sous-titrée « L'incroyable histoire d'Albert Dadas. L'homme qui voulait toujours être ailleurs ».

[353] Notons qu'aujourd'hui, ce sont les gitans que l'on nomme « les gens du voyage », les forains, les « voyageurs ».

[354] Partie I-5 dans ce travail.

essentiellement sur les ritualisations des cheminements quotidiens alors même que les personnalités en questions ne relèvent pas de psychoses.

Le voyage pathologique se rapproche de l'errance par le fait que, comme le malade, l'errant vrai ne peut réellement donner sens, motivation à son devenir. L'un et l'autre font dans des « voyages » éloignés de ce qu'en dit Gérard Haddad.

L'article de 1995 de cet auteur, « Le voyage, figure du désir »[355] , part du propos de Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1929) sur le fait que l'homme devient homme quand il se verticalise, c'est-à-dire grâce à ses pieds qui lui permettent cela… mais aussi « d'aller partout », devenant avant tout un « homo viator ». Cet auteur, qui prend le voyage comme « la figure paradigmatique du désir humain », parle du voyage au sens d'une découverte, non d'une détente. Il inclue la nouveauté à l'idée[356].

Le voyage pathologique, selon nous, n'est pas un voyage dans ce sens, ni état d'errance. Une distinction supplémentaire entre voyage pathologique et errance vient du fait que le voyageur malade emploie ce biais (essentiellement malgré lui) plutôt pour un temps court (éventuellement rattrapé par un effondrement de santé). L'errant, lui, se confine, se « complait » dans cette déambulation sans logique ni but apparent.

II- 18 Errance et masochisme. Errance et traumatisme. Errance et compulsion de répétition

Errance et masochisme

Parmi les données les plus constantes de l'œuvre de Freud, le principe de plaisir tient une place particulière. Jusqu'en 1920, Freud envisageait la quête normale de l'homme comme répondant à ce principe, abordé par une lecture simple : recherche de maximisation du plaisir, réduction au plus du déplaisir. Avec *Au-delà du Principe de plaisir* était introduite la possibilité de suivre de manière mortifère un but pulsionnel négatif en lieu et place de priorité, à l'encontre du principe jusque-là envisagé. L'apparition de la pulsion de mort donnait une lecture nouvelle du masochisme et portait en elle la notion de *jouissance*, plus tard développée par Jacques Lacan, se situant précisément *au-delà* du principe de plaisir.

L'errance, cette vie sans but, peut nous apparaître souvent, malgré le principe de survie ou de « vie quand-même » qu'elle autorise, d'autoconservation (relative), comme tenant d'une dimension mortifère. Le cas de Vanil, évoqué longuement plus haut[357], ne pourrait-il pas notablement imager cette notion d'un *masochisme actif*, auto agressif, constant, d'un positionnement à la recherche de l'agressivité de l'autre et du danger, seul « but » au fond ?

[355] http://archives-fig-st-die.cndp.fr/actes/actes_2002/haddad/article.htm

[356] Quelle conséquence sur sa structuration psychique ? Un étayage sur la « pulsion viatorique », vérifiée par le médecin, le pédiatre, dès la naissance par le réflexe de marche.

[357] Cette thèse, chapitre II, seconde partie, Préambule phénoménologique et questions cliniques.

Nous trouvons dans la pratique clinique d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité force cas de personnes évoluant apparemment sans but et ayant eu, dans leur enfance notamment ou dès leur enfance, à supporter des relations réelles maltraitantes. L'errance serait plus tard un parcours jugé (par autrui, par le socius) comme un échec et une erreur d'une part, première source possible de « jouissance par le négatif » pour le sujet l'actualisant. D'autre part, l'exposition dangereuse est source directe de souffrance corporelle, psychique, bien au-delà d'un « simple » besoin de punition (névrotique) dans la plupart des cas, au regard de la gravité du risque : c'est avec la mort, avec la néantisation que le sujet flirte très directement.

Cependant, en évoquant l'hypothèse de l'errance construite à partir d'un vide interne, chez des sujets n'ayant pu suffisamment développer leur être (au sens déjà du self), l'exposition au danger deviendrait l'équivalent d'une limite, extrême, moins élaborée qu'une *recherche* inconsciente de jouissance/souffrance.

Le Moi du masochiste semble pouvoir être vu comme une instance plus construite, dans la dynamique sadomasochiste intériorisée et préférentiellement recherchée inconsciemment, que celui de *l'errant authentique ordinaire.*

Si nous admettons, comme Freud (1924a)[358] , le masochisme comme une perversion, alors il nous est nécessaire de rappeler ce à quoi renvoie ce terme : une perversion, en citant Devereux (1979, p. 212), comporte trois caractéristiques essentielles : c'est un *état constant, permanent, stable*. La perversion est *compulsive*. « Vingt cinq ans d'expérience clinique m'ont convaincu qu'une perversion est surtout un mécanisme de défense contre l'angoisse et seulement en second lieu un exutoire pulsionnel et une source de plaisir. Le perverti, privé de la pratique de sa perversion (compulsion), ressent d'abord de l'angoisse ». Troisièmement, une perversion se doit de procurer une a*tténuation du plaisir*. « Un des buts (inconscients) d'une perversion est de réduire l'intensité des expériences sexuelles de peur qu'une jouissance totale puisse amener une " perte de contrôle ". Dans une perversion, la pulsion est fusionnée avec et mise au service des pulsions agressives non-sexuelles; cela explique non seulement pourquoi les actes pervers procurent un plaisir moindre que les normaux, mais encore pourquoi une " perte de contrôle " y est redoutée: le "danger " réside dans l'éventualité d'une désinhibition possible de l'agressivité directe et non déguisée » (idem).

Commentaire

L'errance est un état stable, compulsif et procure semble-t-il peu de plaisir (plus exactement, on ne réussit à entendre chez les sujets concernés ce qui peut en être d'une disposition au plaisir). Selon ces critères, elle pourrait répondre à l'acception d'une perversion masochiste.

Cependant, cette stabilité de l'errant l'extrait de lui-même, l'affirmation individuelle est ici insuffisante pour convaincre le clinicien informé d'une capacité de contrôle : le flottement et la passivité semblent être les réelles constantes chez l'errant, c'est-à-dire

[358] « Le problème économique du masochisme » in *Névrose, psychose et perversion*, pages 287-297.

le manque de définition de soi, de l'identité et d'une réelle capacité à se gouverner soi-même (vers un but).

Errance et répétition de traumatismes

Les biographies nombreuses que nous avons pu entendre et étudier à l'UMAPP enseignent sur le parcours de casses infantiles si souvent à l'œuvre chez les personnes réellement errantes. Les traumatismes précoces de tous ordres, répétés et graves, qu'ils soient du registre de passages à l'acte actifs (dont l'inceste) ou de négligences parentales, ont manifestement déterminé leurs trajectoires.

Les sujets aujourd'hui authentiquement « aboutis » dans l'errance, même quand ils ont pu être repérés et écartés de leurs familles pathologiques, sont ceux qui n'auraient pu authentiquement sortir de leur isolement traumatique et profiter des nouveaux étayages possibles, de nouveaux objets (substitutifs de leurs parents propres). Notons que l'isolement, c'est-à-dire la raréfaction des liens avec eux, ou l'inconfiance du sujet en eux, constitue l'aspect le plus profond du traumatisme vécu, d'autant plus grave certainement qu'il est précoce, durable (répété voire cumulé) et intense.

Les objets en questions (travailleurs sociaux, familles d'accueil, enseignants, …), y compris quand leurs qualités intrinsèques et leur actions ont été de bonne qualité[359], ne réussissent pas toujours à être vecteurs de réparation narcissique et de re-départ dans ces cas extrêmes.

Nous voulons dire que ces sujets, contrairement à ceux qui ont pu profiter des étayages et se (re) constuire en ayant accès à des expériences de vie normales, contenues/filtrées par les règles ordinaires et socialisées du monde adulte, non exposantes, à des apprentissages, à de nouvelles identifications, à l'exercice d'un rôle professionnel, sortent perdants et perdus (partie II-3 du présent travail) sans acquisitions, des dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance[360]. *Ils constituent selon nous le réservoir le plus important des errants à venir et probablement sont déjà psychiquement en errance dès l'enfance, faute d'attachements sécures possibles.*

Ceux-là vont répéter la non accroche, la non-relation, le « non-lien » : Ils vont répéter le vide de leur premiers liens, ou le silence qu'ils en tirent, le creux, l'absence de sens de l'être-ensemble leur ayant été réservé.

Un traumatisme de trop grande intensité, selon Freud (1924a), reste inassimilable, comme un corps étranger, par la psyche, et serait condamné à revenir au sein de celleci (par les remémorations morbides diurnes, dans les cauchemars la nuit, …). La compulsion de répétition est un signe pathognomonique du traumatisme psychique.

[359] Ce qui évidemment n'est pas toujours le cas : existent des catastrophes cumulées comme lorsque ces enfants déjà si fragilisés sont de nouveau maltraités agressivement voire sexuellement dans leur monde de secours. Le travail des experts des Cours d'Appel en témoigne très notablement. Ces situations sont loin d'être rares, et très fréquentes dans notre population qui, de ce fait, peut être vue comme particulièrement malchanceuse.

[360] Nous avons entendu, dans une déclaration officieuse du directeur de l'ASE d'un département français, qu'environ 80% des enfants sortant de ses dispositifs pouvaient s'engager dans une vie adulte ordinaire et que 20% des jeunes y accédaient « dans des conditions moins favorables ».

Quand la psyche est marquée par le traumatisme par le « rien » (et le « rien de bon »), nous faisons l'hypothèse que le sujet répète, donc, cette vacuité, cette solitude vide de sens, condamné à ne pouvoir réellement s'appuyer sur quelque objet. Même l'anaclitisme, modalité de relation d'objet de l'état limite, ne fonctionnerait pas chez lui de manière à lui permettre l'accès à un faux-self. Cette défense par le vide, par l'errance, couperait de toute attente.

Nous notons d'emblée la familiarité de cette conception avec ce que Furtos a appelé l'auto-exclusion[361].

Clinique des traumatismes sexuels infantiles[362]

La clinique des enfants abusés/séduits/pervertis devenus abuseurs (Delage, 2012) laisse entendre que le retour du trauma, sa répétition, peut aussi advenir par le passage à l'acte.

Ces victimes (qui ne deviennent pas toutes des bourreaux, loin s'en faut) connaissent de graves blessures dans l'estime de soi et l'image de soi. Après n'avoir pu s'opposer à l'emprise de l'abuseur, devenues objets/non-objets, n'ayant pu fuir ou refuser ses actes, elles éprouvent un sentiment de honte et de culpabilité, un sentiment de solitude et de marginalité, de dommage et d'injustice (pourquoi moi ?), une dépressivité au long cours. Leur capacité à parler est souvent atteinte, empêchée par tous ces facteurs. Les victimes ici sont souvent dans la maximisation de l'évitement de la pensée, se montrant longtemps (parfois définitivement) éloignées de leur capacité de pensée réflexive (nécessitant l'affirmation suffisante d'un Moi), de leurs émotions, de leurs besoins.

Elles se sont aussi coupées défensivement de leur sentiment de possession de leur propre corps. L'accès à la jouissance sexuelle est difficile dans de nombreux cas, le restant parfois à vie. La sidération (depuis le fait que le corps propre a pu être utilisé comme un objet par autrui), la dissociation d'avec son corps et l'étrangeté dans l'image de soi (flirtant avec la dépersonnalisation permanente parfois) persistent. C'est parfois, associée à cela, l'emprise de l'agresseur qui persiste, ces personnes continuant de se mettre au service d'un autre

Commentaire

Certaines des personnes que nous rencontrons dans l'errance, des femmes surtout mais aussi des hommes, relèvent tout à fait de ce type de parcours ayant opéré sur elles une néantisation de leur capacité à se diriger. Ces femmes, à la rue après avoir été incestées par exemple, se trouvent sous l'emprise de différents objets : de toxiques d'abord, leur ayant permis un maintien

[361] Voir surtout la partie II-2-2 de notre thèse.

[362] Le fait d'exercer les fonctions d'expert judiciaire depuis de nombreuses années nous fait plus particulièrement utiliser ce comparatif clinique. Nous parlons ici de traumatismes sexuels réels, objectivés et non simplement allégués, comme c'est le cas le plus fréquent en Justice.

(aussi malades et traumatisées soient-elles, elles ne se sont pas suicidées), d'hommes aussi semblant correspondre fréquemment à des répliques de leur agresseur initial dans leur manière d'être, dans l'emprise (perverse).

Exemple clinique de Bonnie

Nous avons rencontré cette patiente en CMP, non à l'UMAPP. Son cas nous a semblé toutefois pouvoir illustrer totalement notre propos ici, nous décidant à le rapporter présentement.

Bonnie a une vingtaine d'années à notre rencontre, adressée par son psychiatre « pour parler ». Elle est cette personne, dans la salle d'attente, dont les cheveux cachent complètement le visage, cette personne si étrangement habillée : à la fois haillons et style. Bonnie vit alors chez sa grand-mère, bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé, peine à parler d'elle, pleure énormément durant les séances. Sans que son visage ne soit jamais apparent, nous la verrons arriver en ces premiers temps en sportive, en haillons, maigrie, grossie, avec des mini projets en cours (partir en maison de repos à la montagne une fois par an, créer des objets en perles). Elle est seule quasiment tout le temps, vit une relation forte avec sa grand-mère (« c'est ma seule famille »), mais estime que celle-ci lui voue un amour ambivalent, ce qui occasionnerait des départs intempestifs de chez elle et des retours.

Bonnie est très méfiante, apparaît de façon très « sauvage » au sens d'une immédiateté et d'une susceptibilité d'écorchée, au sens aussi de sa présentation, de sa chevelure hors du commun dans sa préparation. Il faudra des mois pour qu'elle puisse parler de ses parents, de sa situation familiale (et de son frère). Des mois encore pour qu'elle puisse évoquer la teneur des relations avec eux. Plus de 10 ans de rencontres[363] ont été nécessaires pour qu'elle parle du lien anormal à son beau-père.

Sur ces années, Bonnie a eu pour seule constante sa souffrance interne. Elle peut dire maintenant (non auparavant) qu'elle souffre d'un sentiment de honte particulièrement empêchant : pour le dire plus pleinement, nous dirions que cette dimension en elle, écrasante, l'obligerait littéralement à se gommer, *à devoir s'excuser d'exister en permanence.* Les aménagements qu'elle trouvait semblent avoir été en fonction des rencontres qu'elle a pu faire avec des hommes. Elle suivait par exemple l'un d'entre eux dans une ville lointaine à l'issue d'un séjour en maison de repos où elle le rencontrait. Elle emménageait chez lui, avec lui mais remontait quelques semaines après l'adieu, ne supportant pas la solitude, encore plus pesante dans ce lieu inconnu.

Cette jeune femme à l'allure de Peau d'Ane, ce personnage de Charles Perrault, a pu être très effondrée mais aussi, tout autant, complètement révoltée, enragée. La voilà, à telle époque, en confrontation à tous les uniformes. La voilà à telle autre dans la

[363] Qui n'ont pas été constantes, mais comme pour Vanil, le lien n'a jamais été totalement interrompu, ayant des nouvelles de cette patiente par le psychiatre hospitalier assurant ensuite son suivi, la rencontrant dans notre salle d'attente commune, elle acceptant ou non les propositions de rendez-vous, disparaissant de temps à autre…

traversée de la ville en bousculant tout et tous sur son passage (« les vieilles aussi, les enfants, les mecs, les bonnes femmes, je m'en fous »).

Elle rencontrait un nouvel ami, à l'occasion d'un séjour en psychiatrie (pour dépression) : celui-ci se présentait comme un garçon attentif, souhaitant la réparer, lui faire vivre des choses. Tout comme elle, qui voulait « l'en sortir » et « s'occuper de lui qui n'a pas eu de chance ». *Chez elle, la pulsion phorique, le fait de porter l'autre est toujours plus importante et semble constituer le seul biais par lequel sa vie prend sens.* Il l'emmenait dans sa vie comme un double féminin, se mettant ensemble à poursuivre le cours de sa vie antérieure: usage de psychoactifs durs, vols et rapines en tous genres, passages à l'acte « spontanés ». Ce compagnon, lui-même très malade, se suicidait à une époque où Bonnie était hospitalisée.

Elle aurait été enceinte de cet homme quelque temps avant, mais la grossesse n'aboutissait pas, la patiente étant poussée à avorter au regard du risque encouru par l'embryon (du fait de ses multiples consommations). Bonnie, très régressée et anéantie par le chagrin, s'affichait partout avec un poupon-jouet très réaliste, le temps d'un deuil (dans un contexte de personnalité où la fonction de symbolisation et de métaphorisation s'avérait clairement défaillant). Cette réaction folle était mal tolérée, y compris par beaucoup de soignants. La souffrance ultime pour elle reste de ne pas avoir eu d'enfant répète-t-elle.

Bonnie n'a pas de liens et quand elle peut en créer, elle vient à en souffrir.

A l'issue de cette période, elle était emprisonnée pour une peine de 6 mois, suite au cumul des différentes effractions qu'elle commettait avec/pour l'ami. Dans le contexte de cette incarcération, elle était « prise en grippe » par une femme leader négatif très violente. Celle-ci la violait au tournevis, ce que Bonnie pourra nous dire des mois après sa sortie. Elle n'a jamais pu porter plainte, pensant que la police ne pourrait pas accréditer sa parole.

Il nous semble que son état clinique s'est considérablement dégradé à partir de ce moment.

Bonnie a ensuite été accompagnée dans sa vie par différents hommes. Toujours des personnes d'origine étrangère, parfois parlant peu le français, qui sont presque toujours venus l'accompagner au CMP. Des hommes assez marginaux dans leur situation sociale qu'elle aidait financièrement (étant sans papiers, sans famille, etc…) et qui l'aidaient (l'un d'entre eux était sans permis, sans papier, mais conduisait une voiture).

Après le suicide de son ami toxicomane, elle arrêtait elle-même totalement de l'être, s'installant désormais (sans qu'il ne s'agisse d'une décision de sa part) dans l'identité d'une malade psychiatrique (non psychotique), atteinte d'un tremblement permanent, d'un sentiment d'affliction constant et douloureux. « Je suis dépressive ». Elle semblait vivre avec l'idée permanente de la mort, de l'absence de sens de la vie, évoluant en flottement dans ses aménagements précaires : vie chez la grand-mère par

intermittences, vie en squats parfois (elle a été jusqu'à Berlin pour essayer les squats communautaires et alternatifs de l'époque, en revenait sans acquis).

Bonnie est la seconde de deux enfants. Ses parents ont dû être mariés, elle porte le nom de son père, comme son frère aîné. Beaucoup de non-dits entourent les origines et cet homme, dont on n'a jamais parlé ouvertement. « Quand ma grand-mère (aujourd'hui très âgée) en parle, j'ai mes oreilles qui traînent». N'existent pas, en ce sens, de *réelles informations* le concernant. Nous sommes ici dans le cadre d'une forme de secret, d'une crypte bien gardée, notamment par notre sujet elle-même qui ne pose aucune question… Un père totalement absent, dont elle n'a aucun souvenir, aucune photographie, aucune représentation. Il apparaît comme une béance dans son histoire. Elle a pu nous dire de lui que, peut-être, il était devenu clochard. Elle a pu nous dire de lui très récemment qu'il a pu avoir d'autres enfants avec une autre femme en même temps que naissait Bonnie. Est-il vivant, est-il mort ?...

Dans la famille maternelle, la grand-mère qui a élevé Bonnie et son frère, a été une femme divorcée d'un mari alcoolique violent devenu clochard. Elle a élevé seule (dans l'opprobre) sa fille et son fils. Ce fils serait celui qui s'occuperait, à distance, de sa mère et qui serait parfaitement jugeant vis-à-vis de Bonnie qu'il charge de tous les maux, qu'il ne voit pas comme une malade mais comme « une bonne à rien, une fainéante », alors même qu'elle est d'un secours grandissant pour la grand-mère si âgée. La mère de Bonnie serait sans activité, vivant du RSA avec un homme également inactif. « Lui, il n'a jamais travaillé ».

Avec sa mère, la relation aurait toujours été très difficile, sans affect de la part de cette mère. « Je sais qu'elle voulait un garçon, je sais que moi j'étais un accident, c'est pour ça qu'elle est froide, rien, jamais avec elle ». Bonnie peut manifester sa jalousie vis-à-vis de son frère qui, lui, contrairement, pourrait être « aimé » d'elle. Elle n'a guère de contact avec elle, sauf parfois chez la grand-mère (quand Bonnie y vit). « Je ne supporte pas de la toucher. Je suis jalouse quand elle le fait à mon frère ». Depuis l'enfance, la relation serait de cet ordre, c'est-à-dire sans manifestation de présence, d'attention, sans chaleur, selon notre sujet. Une mère centrée sur elle-même, sans douceur avec sa propre mère, en conflit permanent avec son frère, sans parole sur son premier homme.

Le frère est un garçon manifestement très immature[364], « déséquilibré » dit Bonnie, ayant été de nombreuses fois emprisonné pour vols à l'escalade, sa spécialité. Il vit aussi en intermittence chez sa grand-mère, rafle les affaires de sa sœur (« je ne suis pas matérialiste, ça n'a aucune importance, mais il ne fait jamais attention à moi, c'est plus ça »).

Voilà 3 ans, dans une passe dépressive majeure (Bonnie a dans ces états des idées noires, lutte contre l'idée de devoir mourir, peut en venir à se blesser physiquement mais n'en est venue que très rarement à des tentatives de suicide), acceptait de nous voir avec une infirmière bien connue d'elle également. Elle mettait l'accent très vite sur

[364] Pour l'avoir vu en compagnie de Bonnie, nous pouvons dire qu'il fait étonnamment penser, à plus de 50 ans, à un jeune de banlieue dans sa présentation vestimentaire.

ses cauchemars comprenant de nombreuses reprises de scènes de la réalité la débordant et renvoyant aux viols commis sur elle par son beau-père depuis l'âge de 9 ans jusqu'à ses 19 ans. Elle en aurait parlé à sa mère à 15 ans ; celle-ci l'aurait traitée de « petite salope » et de « menteuse ». « Mais elle ne pouvait pas ignorer : il était tout le temps après moi, il voulait me chercher à l'école, au collège. Quand je le voyais, je sortais par la porte de derrière ».

Pour l'heure, Bonnie n'a pas porté plainte : « même si elle ne mérite rien, je l'ai fait pour protéger ma mère. Qu'est-ce qu'elle deviendrait ? Ca la détruirait plus qu'autre chose ». Et elle ? « Je ne sais pas si j'irais mieux maintenant ».

En évoquant cela pour la première fois avec nous, Bonnie y rattachait le sens de son malaise d'enfant, de son incapacité à apprendre. Nous y associons l'enkystement de la honte. A l'école, elle ne pouvait pas s'empêcher de pleurer (comme avec nous depuis l'origine des rencontres). Elle se sentait malheureuse dès avant les actes du beau-père (qu'elle aurait mis longtemps à les concevoir comme des actes dystones, tout en les sachant bizarres). Actes pervers, sexuels, actes de viols. En même temps, cet homme était le seul à lui offrir des cadeaux. « J'étais dans un piège, je ne comprenais rien à ma vie ». Avant ces inconduites, elle souffrait de son abandon, de sa solitude : « vraiment l'impression d'être toute seule, abandonnée. Je ne comptais pour personne ».

Ce n'est qu'à 10 ans qu'elle était *placée officiellement* chez sa grand-mère, placement n'ayant pas empêché les visites et rencontres avec l'homme pervers. A cet âge, l'éducatrice AEMO dépêchée au près d'elle ne réussissait pas à la rencontrer : « je ne lui ouvrais pas, je l'évitais », même si elle se souvient d'être allée au restaurant pour la première fois avec cette femme. Cette professionnelle du travail social voulait placer Bonnie dans une famille d'accueil à la campagne où elle se serait occupée d'animaux: « j'ai refusé, je ne voulais pas quitter grand-mère. Aujourd'hui, je reste encore avec elle. Je lui dois bien ça ».

Ces derniers temps, Bonnie se montre très affaiblie, quasi anorexique malgré le traitement antidépresseur. Elle a passé près d'un an dans une tente, sur une colline de la ville avec un jeune homme perdu qu'elle a aidé et remis dans un chemin plus socialisé. *« Je peux pour les autres, je ne peux rien pour moi. Je ne sais pas qui je suis. Je déteste ma vie, l'idée de la mort vient tout le temps ou alors rien. Ma vie ne vaut rien ».* Elle a, avec lui, un jeune chien. Bonnie a déjà eu des animaux et a fait une tentative de suicide à la mort de son précédent chien. En compagnie de la vitalité de son jeune labrador, elle semble trouver des instants (furtifs) de mieux-être, marchant avec lui jusqu'à épuisement dans les feuilles mortes d'une forêt par exemple.

« Après m'être reposée, je pense que j'aimerais avoir un petit appartement à moi peut-être ». Après une hospitalisation et une cure, telle est son idée.

Bonnie est aussi soulagée quand elle nous parle, malgré son flot continu de larmes. Notre lien fait partie de ceux qui tiennent dans le temps, qui la rassurent. Nous avons

remarqué, étant en cela en plein accord avec Maurice Corcos[365], qu'une personne comme elle, souffrant de multiples traumatismes et d'un abandonnisme profond, « premier », peut trouver *soulagement dans la création*. Aux périodes créatives (écriture, dessins, objets en perles), Bonnie semble en effet plus confiante, détendue, souriante, partiellement remise.

Commentaire

L'exemple de Bonnie, combine les notions de masochisme, de répétition des traumatismes (y compris sexuels) et d'évolution dans une vie non-dirigée. Bonnie est une personne en errance *mais elle s'essaye encore à des liens et devient un peu quelqu'un en étant comme l'autre.* Nous avons entendu le point auquel en est la détestation et la honte d'elle-même (comme s'il fallait qu'elle s'excuse d'exister disions-nous), l'exposition consentie, le masochisme et l'impossibilité de vivre pour elle-même, la dépendance affective à l'étayage. Elle est dépendante comme elle rend dépendant certainement, dans sa manière de mener les liens, jusqu'à la déconvenue finale répétitive: l'abandon. Bonnie s'inscrit, selon toutes ces observations, dans le contexte d'une personnalité de type état limite.

Si l'étayage n'est plus recherché, s'il y a renonciation à l'identité (non préméditée, non stratégique, nous ne nous trouvons pas ici dans la dynamique que Devereux étudie dans son célèbre article portant ce titre), l'individu s'ouvrirait pleinement au flottement de son être, au vide.

L'errance serait, selon notre hypothèse, cette extrémité allant avec le renoncement inconscient à l'étayage, l'acceptation de l'évolution en vacuité. Il s'agirait d'un « état limite » dépassé en quelque sorte, marqué par une dynamique involutive c'est-à-dire sans recherche de lien et d'amélioration.

II-19 Errance, dynamique de survie et flottement de l'identité

Nous avons évoqué ce que sont les dynamiques de survie en partie II-4-6 (p. 178). Il s'agit maintenant de discuter leur rapport avec l'errance.

Ce que nous abordions dans cette précédente partie de la thèse consistait à décrire cet appauvrissement de la personnalité et des mécanismes de défense qu'opéraient les conditions de survie sur un individu, que *ces dernières sont quasi d'installation «réflexe » (comme un réflexe de survie donc), non choisies*. L'individu y ayant été confronté en ressort métamorphosé[366] et le retour à l'état antérieur est impossible : on ne sera plus après ce que l'on fût avant.

[365] Maurice Corcos a prononcé deux conférences sur ce thème au congrès intitulé *Border line/Etat limite*, les 1er et 2 octobre 2015, 34èmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique s'étant déroulées à Saint Malo du 30 septembre au 3 octobre 2015.

[366] Comme par tout traumatisme grave, ce qui a été évoqué par un auteur comme Tobie Nathan. On pourra se rapporter à son éditorial par exemple de la *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* N°6, *Métamorphoses de l'identité*, Tome 1, (1986). « La

Nous avons rencontré des cas de personnes ayant eu à vivre des conditions de survie de manière prolongée à l'UMAPP, essentiellement des personnes en demande d'asile issues de pays en guerre[367]. Leur état ultérieur a pu ressembler à de l'errance pour certains d'entre eux. Nous reprenons ici le parcours de Balthazar, patient rwandais.

Le cas de Balthazar[368].

Balthazar a perdu l'entier de sa famille (femme et enfants) sous ses yeux durant le génocide rwandais. Il a connu les marches hagardes dans la faim, la soif et la forêt sur des milliers de kilomètres, devenant chose, se laissant dire que ces colonnes humaines fuyant la mort n'étaient plus dans l'humanité : « tu achètes ce que tu veux si tu as de l'argent, tu prends les femmes si tu veux quand tu as de la force…[369] ». Après des mois de souffrance, ses pertes familiales, les chocs, la traque par des soldats, il trouve refuge en pays voisin, de l'autre côté du fleuve devenu rouge par le sang des hommes certains jours. Là on le « recueille » et on « l'accepte » dans une plantation. Il devient garçon de ferme, habitant une hutte comme une niche à chien et se nourrissant de ce que les propriétaires laissaient à leurs animaux. Des années, il restait là sans plus d'attentes. Une photo de lui : « l'homme de la forêt », en haillons devant sa hutte, nous le montre comme une sorte de Robinson au regard « en dedans»[370].

On ne l'a jamais revêtu pendant ces années, de sorte que ses frusques étaient celles mêmes qui étaient là, sur lui, lors de la disparition des siens, des tirs des militaires sur son groupe dans la forêt, etc… Y compris dans son apparence physique directe, il était resté identique toutes ces années. Temps arrêté.

Des coups de feu proches de la plantation et de plus en plus fournis, le rapprochement des conflits armés, le décidaient à demander à son « sauveur » de lui faire quitter la guerre. On le mettait dans un avion un jour, il arrivait à Paris, puis à Rouen[371].

Homme seul, il accédait simplement au Centre d'Hébergement d'Urgence[372]. Au milieu de ce collectif complexe, d'une tristesse infinie, notre sujet est un pacifique. Il a la discipline de suivre les consignes lui étant données. Un jour, c'est le 14 juillet : la fête nationale et les pétards. On le retrouve en état de choc sous son lit le lendemain. Il pensait que la guerre avait repris, l'avait suivi. Etait-il en France ou en Afrique ? Il est adressé à l'UMAPP.

---

métamorphose de l'identité dans le traumatisme psychique ». La matière de cet article a inspiré celle d'une auteure ayant travaillé sur le traumatisme (et avec Nathan): Françoise Sironi (1999, 2007).

[367] Voir la partie II-4 du présent travail, que nous avons appelée : Les errants contraints.

[368] Le cas de Balthazar et les développements que nous faisons dans cette partie sont tirés d'un article personnel paru dans VST en 2006 intitulé « Au-delà du pire, que reste-t-il de vivant ? ». Nous avons ici ajouté des éléments.

[369] Ce qui rejoint l'idée selon laquelle ceux qui resteraient en vie seraient les « moins regardant » avec ce qui ferait d'ordinaire « l'homme civilisé », arguments très présents dans les ouvrages de survivants des camps nazis tels Primo Lévi, Robert Antelme et Jorge Semprun, étudiés par Alain Ferrant (1997).

[370] L'expression est de Tobie Nathan.

[371] La manière dont les étrangers demandeurs d'asile arrivent en région française reste mystérieuse. Ils n'en disent jamais grand-chose. Pacte de discrétion conclu avec les passeurs oblige, le plus souvent.

[372] Les Centre d'Hébergement d'Urgence, nous l'avons vu, semblent faire office de « service porte » de notre pays pour bien des primo arrivants. Voir notamment la partie II-4-1 du présent travail. Rappelons qu'aujourd'hui, il faut plusieurs mois pour accéder à une place stable dans ce type de structure, condamnant les primo arrivants à un long usage (aléatoire) du 115.

Balthazar est très discret dans ses paroles. Nous retrouvons le silence du traumatisé. Silence terrible. Il peut petit à petit, parler au psychologue puis au psychiatre, raconter. Pas tout. Ses symptômes d'abord. Quand des gens couraient l'autre jour à la gare, il a plongé à terre pensant « qu'ils attaquaient ». Ils attaquaient, qui donc ? « Les militaires ». En marchant dans la rue, il a des hallucinations : il voit des mares de sang, des morts. Il se sent brutalement ailleurs, puis réalise qu'il s'agit de flaques d'eau, il «revient ».

Dans un second foyer, on lui donne un travail en AVA[373] qu'il honore. On pense moins, on est utile… Une chambre seule et des médicaments pour dormir. Mais des cauchemars. La nuit, il est toujours en Afrique, dès que ses yeux se ferment. La fatigue à cause des cauchemars… des réveils et des évitements d'endormissement pour cela.

A l'une de ses premières sorties avec le foyer, il assiste à un meeting aérien. Un avion s'écrase à faible distance. « Qu'est-ce que le destin, Docteur ? Pourquoi encore la mort, la mort ? »

Petit à petit, notre patient nous laisse entrer dans sa vie, y revient lui-même en nous en faisant part. C'est d'une difficulté majeure, nous la vivons aussi. Il sait que son médecin et son psychologue se connaissent bien et parlent ensemble de lui. On le reçoit à deux parfois, pour faire le point. Nous lui parlons de ce que nous pensons de son état.

On se dit d'ailleurs souvent qu'il est nécessaire d'être deux soignants dans de tels cas, voire plus parfois, pour supporter les récits extrêmes. On apprend pour ses enfants. L'un a disparu, des recherches s'avèrent vaines. Les autres ont été tués. On apprend pour sa femme : elle était tutsie, c'était ce qu'on lui reprochait. Lui-même est issu d'un mariage mixte tutsi- hutu.

Sous la hutte, là-bas, au Congo, que se passait-il ? Rien. Tête vide. Encore la survie, pas la reprise du vivant en lui. L'automate. Travailler c'est tout. Fausse vie/vraie survie.

Nous faisons des certificats circonstanciés de suivi et d'état que nous lui remettons en main propre pour qu'il puisse les présenter aux instances[374].

Il obtient ses papiers à l'OFPRA. Après quelques temps, il déménage et gagne un petit appartement sur les Hauts de Rouen, quartier où nous travaillons également dans un Centre Médico-Psychologique (médecin et psychologue) où nous le recevons désormais. Il vient assez régulièrement, toujours amimique, restant au-delà de la tristesse, dans une sorte d'expectative, de déréalisation et de dépersonnalisation partielles dont il parle (« un peu ici, un peu là-bas, un peu nulle part »).

Il se montre confiant mais non démonstratif. Nous sommes ses thérapeutes mais il semble nous repérer aussi comme faisant partie des premiers spécimens de français qu'il peut aborder, un peu questionner. Il vient nous voir pour des embarras: une

[373] Allocation excessivement modique dite d'Aide à la Vie Active, en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et parfois en Centre d'Hébergement d'Urgence.
[374] Sur ce type d'écrit de psychologue remis en main propre aux patients, notamment aux demandeurs d'asile (Jan, 2013a).

mauvaise machine à laver, une arnaque dont il est victime. Il nous confie la difficulté de rencontrer des compatriotes (ce qui fût spécifique, dans notre expérience, à la vague de réfugiés rwandais, du fait des groupes d'appartenance (religieux, d'origines), du fait d'ignorer qui a été persécuté ou génocidaire). Un jour il parle d'une femme qu'il aide… mais elle ne lui dit pas tout sur sa situation à elle et notre patient va moins bien. Hauts et bas. Raréfaction des venues au CMP lorsqu'il trouve un travail en CDI a près de 50 ans et malgré son corps douloureux. Il est robuste. Il nous montre sa (relative) satisfaction à reprendre quelque chose qui nécessite effort et vecteur de refondation de sa dignité (Doray, 2006).

Nous nous croisons parfois dans un supermarché. Nous échangeons. Il prend plus tard un nouveau rendez-vous pour annoncer qu'il va se marier avec une compatriote alors réfugiée dans un autre pays africain. Comme sa mère et son ex-femme assassinée, sa nouvelle élue est tutsie. Elle aussi a tout perdu. Ensemble peut-être pourront-ils se comprendre, s'aider, et maximiser le vivant qui leur reste. L'espoir est là, dans le couple à venir.

Nouvelle rencontre sur le quartier. Il s'est marié, c'est officiel. Les papiers sont en cours pour qu'elle le rejoigne (regroupement familial). Tout a été fait dans les règles, en toute limpidité administrative : il reste très regardant et appliqué vis-à-vis des règlements, à son habitude d'homme discipliné.

Cela fait environ 6 années que nous nous sommes rencontrés. Appel ce matin au CMP à 9h00 : « Venez vite, tout de suite ou je meurs ». Nous avons considéré cet appel comme une urgence et nous sommes rendus à son domicile. C'est la première fois qu'il se montre en sanglots. On a refusé le droit à sa femme de venir le rejoindre. « A quoi ça a servi tout ça. Je n'ai plus la force. J'ai tenu mais c'est fini ». Sa « remise » n'avait tenu qu'aux efforts ; c'était une rémission, non une nouvelle vie, non une guérison, en voici l'aveu le plus clair. Avec le médecin du CMP, nous le rencontrons alternativement, l'assistons : par téléphone, en VAD (Visite à Domicile), en consultations.

A cette occasion de grande désespérance, il nous retrouve. On lutte contre sa déprime, on l'encourage à reprendre les démarches. Pas d'hospitalisation. Notre propre incompréhension vis-à-vis de ce qu'il vit le soulage pensons-nous (entre autres choses, notamment aussi l'aide de compatriotes amis). Quasi 6 mois plus tard, les choses s'arrangent, sauf sa santé somatique qui s'effondre : des algies apparaissent, un diabète, une hypertension devenant rapidement sévère et rebelle.

Ces éléments sont ceux que nous avions en 2006.

Plus tard, Balthazar venait nous présenter sa première fillette issue de son nouveau mariage. Tout se passe bien ? Sa santé est précaire, ayant généré un arrêt maladie long et un litige avec son employeur. Sa femme, maintenant en France depuis 3 ans, est employée dans une institution de soins. Comment va-t-elle ? « Elle ne veut pas venir mais elle ne dort jamais. Elle a mal à la tête. Elle n'est pas très bien avec la fille, mais elle est bien avec les gens qu'elle aide là ».

Lui, vieilli très nettement en quelques années, explique continuer à prendre les neuroleptiques pour « dormir un peu » et pour éviter les réminiscences diurnes. Il continue de dire qu'il est ici et là-bas, que les cauchemars son strictement africains le concernant. Il se sent toujours confus. L'activité (s'occuper des filles, etc…) est nécessaire pour qu'il se maintienne.

Plusieurs années plus tard encore, Balthazar, ira chercher dans un pays frontalier du Rwanda les enfants de son épouse y vivant seuls depuis le départ de leur mère. L'aîné a 18 ans, vient ensuite un garçon de 12 ans et une fille de 11 ans. Ces enfants se sont débrouillés largement sans adultes pour survivre[375].

A leur arrivée en France, après moins de 6 mois sur le territoire français (qui leur semblait très bizarre), des événements exceptionnels et étranges advenaient pour les deux garçons.

L'aîné disparaissait avec la voiture de son beau-père qu'il accidentait après quelques kilomètres. Balthazar l'amenait à nous. Le jeune homme avait brutalement fui l'appartement et pris la voiture. Pourquoi ? « J'étais poursuivi par les militaires là, ils sont revenus, ils avaient les fusils ». Il s'agissait d'un épisode de réminiscence hallucinatoire qu'avait pu comprendre son beau-père pour avoir connu lui-même ce type de crise.

Le deuxième garçon quant à lui disparaissait du collège un matin. Parti des Hauts de Rouen, on le retrouvait à minuit… gare de Lyon, à Paris. Pourquoi ? « J'avais entendu qu'il y avait du travail là ».

Balthazar est un patient exceptionnel pensons-nous par son souhait de transmission d'éléments à propos de son pays pour ses enfants (propres et enfants à charge). « On ne peut rien faire contre ces trucs-là, il faut les médicaments, il faut les psychologues. Mais il faut aussi dire pourquoi on est ici et pas dans notre pays. Ils doivent savoir pourquoi on est si loin là ».

Les enfants de l'épouse de Balthazar sont des enfants sans père (qu'il a reconnus). Ils seraient issus de « liaisons obligatoires » de leur mère avec des militaires. L'aîné a pu révéler qu'enfant, dans le bidonville, il devait amener les militaires à sa mère sous peine d'être battu. La poursuite hallucinatoire dont nous avons fait état s'inscrit dans ce puissant traumatisme cumulatif ayant duré des années…

Commentaires à partir de ce récit clinique

L'histoire de cet homme met bien en évidence certaines phases de son cheminement (et partiellement du nôtre à son contact, contre transférentiel).

Nous pouvons considérer en l'entendant que d'abord, une personne ayant vécu les choses les plus abominables et y ayant été exposée durablement (la forêt, la fuite, la mort des siens sous ses yeux puis la mort comme spectacle commun, la déshumanisation ordinaire de la cohorte affamée abandonnée à elle-même, l'odeur

[375] Voir, sur la thématique proche des ménages d'enfants isolés le travail de 2012 de Claudine Uwera Kanyamanza.

des corps amoncelés…) ne peut en sortir sans graves conséquences psychiques. Comment même pouvoir penser être encore vivant avec une telle sommation des abominations ?

Dans le cas de Balthazar, tout se serait produit comme si l'issue de la fuite l'avait amené à « accepter », à prendre d'abord de rester caché/cloîtré dans un monde réduit, en d'autres conditions tout à fait inadmissibles. De ces années, il ne peut dire qu'une chose : il travaillait, *il s'est maintenu en vie*. Peut-être comme par « congélation », en l'état et quasiment hors pensée, hors projet, comme en suspens. C'est l'image que nous nous en faisions en fonction de ses dires – limités sur le domaine. La reprise d'un danger externe l'aurait motivé à vouloir fuir ailleurs, fuir encore, survivre encore, tout de même.

Nous devrions conclure que chez cet homme (par extension chez de nombreux traumatisés graves) l'instinct de vie, abimé, continue d'exister, même s'il apparaît sous le jour essentiel de « l'intérêt de conservation », cet ensemble pulsionnel propre à l'espèce (voire au vivant) qui pousse à vivre y compris par « réflexe », hors pensée[376].

C'est aussi ce qui se produit dans le cas de Baptiste[377], ce patient nigérian qui réussit à se sauver sans aider femme et enfants. L'après-coup de ces évènements (à visée ou vocation létale) est particulièrement douloureux s'il existe, si l'on en revient. Culpabilité, honte, mais aussi démonstration par l'exemple que quelque chose de plus fort que soi, que le Moi conscient du survivant, peut prendre le pas, notamment sur les valeurs semblant les plus fondamentales culturellement : l'amour pour ses enfants, pour sa femme…

Balthazar, que désirait-il en souhaitant quitter la plantation (pour d'autres, ce serait quitter le camp de réfugiés…) ? Reprendre le cours d'une vie ordinaire ou *basiquement,* ne pas mourir ? Notre perception est telle que nous pensons désormais, suite à nombreuses rencontres cliniques de ce type, la seconde hypothèse comme étant la plus probable.

Le voyage transcontinental, l'arrivée en Europe : notre sujet nous l'a dit clairement, il n'en attendait rien que la possibilité de continuer d'exister. A la limite, la question du «pourquoi » vivre ne semblait pas encore se poser : il faut un minimum de confort pour cela peut-être, sans doute, c'est-à-dire d'éloignement, de distanciation psychique avec les conditions traumatiques.

Cette particularité existe chez tous les demandeurs d'asile traumatisés : ils n'attendent pas la réussite, la promotion, *mais exister encore*. Le déclassement social est toléré (sans bonheur) par eux, par exemple. C'est en allant mieux qu'ils deviennent plus exigeants, ces migrants ayant survécu à des situations extrêmes ? Il ne nous semble pas vérifier cela dans la pratique. Ils le deviendraient pour leurs enfants, le cas échéant, plus que pour eux-mêmes.

[376] Ce « réflexe à vivre », on en trouve une expression dans l'empilement des corps dans les chambres à gaz : les corps morts des mères étaient toujours au-dessus des cadavres des enfants.
[377] Cas abordé en partie II-4-6 dans cette thèse.

Pour Balthazar, ses aménagements ultérieurs en France ont été positifs si l'on se place du côté de l'adaptation sociale[378], de l'intégration, de « la réussite » comme dit le langage courant. Hors, le sentiment de vide, de déréalisation, d'étrangeté ne semble pas avoir quitté cet homme, malgré les traitements. Les symptômes traumatiques (répétition/réminiscences) perdurent, sans la même intensité toutefois ; le détachement vis-à-vis des préoccupations rwandaises ne s'opère pas, le sujet reste fixé à l'histoire, au génocide. Dans son exemple, ce qui est flagrant est l'effort conscient, la volition pour « continuer quand-même », pour s'étayer, pour trouver de nouveaux objets d'investissement (malgré le deuil impossible) s'avérant aussi objets de remplacements (Jan, 1988).

Cette « résilience » [379] au prix de l'effort ne semble pas pouvoir empêcher l'effondrement somatique d'un côté et l'aspect « externe » de ces défenses, dont le patient faisait l'aveu quand les autorités refusaient la venue en France de sa nouvelle épouse. Pour Bathazar, il semble vivre son identité et ses perceptions comme flottantes, avec le sentiment permanent de vivre « comme dans un rêve » : c'est lui et ce n'est pas tout à fait lui. Il se montre plus vigilant pour autrui (ses enfants et beaux enfants) que pour lui-même.

Balthazar cependant n'est pas un errant : il ajuste sa vie en fonction de buts. C'est au-delà de cela qu'il souffre, soit dans la métamorphose de son être (Nathan, 1986), dans le tour difficilement assimilable qu'a eu à prendre son existence pour perdurer et dans l'unité et la continuité de son identité (être tout ce qu'il est, supporter d'avoir eu et perdu…). Nous n'avons pas insisté sur le « choc culturel » vécu par tous les migrants et plus encore par ceux qui échappent à la guerre. L'arrivée est toujours complexe, nous l'avons abordé. L'acculturation peut déterminer elle-même des états de malaise, de flou identitaire[380], des moments que nous pourrions qualifier d'égarement (comme entre deux mondes ?) mais probablement pas l'organisation d'une errance durable, à moins que celle-ci n'ait été déjà existante, dès avant la migration.

II-20 Errance et dynamique de survie au regard du caractère précoce ou tardif du traumatisme

L'errance pourrait se rapporter aux tableaux de survie du type de ceux que nous venons d'évoquer, c'est-à-dire vivre encore, vivre tout de même, vivre quasiment de façon « réflexe ».

---

[378] Nous avons pu écrire courant 2016 un texte dans Vie Sociale et Traitement intitulé : « Survivre seul. Psychothérapie d'un ex mineur-isolé en France ». Le cas de David que nous y révélons comporte ce recours à un faux-self fonctionnel et adaptatif que nous pensons nécessaire comme modalité de maintien en cas de traumatisme majeur et d'expérience de survie.

[379] Terminologie de Boris Cyrulnik, auteur notamment de *Je me souviens*…, paru en 2010. Dans ce livre, l'auteur parle de son enfance, de son expérience propre. Il mentionne fermement que s'il a pu s'accrocher, après le rapt de ses parents par les nazis, à d'autres adultes, c'est grâce à la qualité des liens antérieurs avec eux : liens porteurs de vie, d'espoir, de curiosité, d'amour etc… Cet élément est essentiel pour comprendre comment, en circonstances comparables, certains enfants trouvent résilience, comment d'autres s'effondrent dans la maladie mentale, ou bien _ c'est notre hypothèse _ s'installent dans une vie psychique sans recours à l'étayage faute d'avoir pu y avoir recours avant la catastrophe. Ceux-là s'installeraient dès lors dans l'errance, c'est à dire hors de liens fondateurs de confiance, porteurs de sens. C'est cela que nous nommerons « errance essentielle » dans la suite de nos développements.

[380] Voir dans notre premier chapitre les parties I-1 et I-2 notamment.

Existe, notamment parmi les SDF parisiens, un nombre indéfini de personnes étrangères gravement traumatisées n'ayant pas eu la possibilité psychique de s'amarrer, de s'étayer, n'ayant pas connu les conditions d'enfance normale, les opportunités de Balthazar, ni la possibilité d'accéder à un titre de séjour, et en sont restées à une vie hagarde en France, dans la capitale, une vie errante à la rue.

La clinique des patients traumatisés étrangers donne une illustration particulière au phénomène et constitue une clinique particulière dans l'activité des EMPP. Existe probablement ce type de tableau (de traumatismes réels graves) aussi dans la population non migrante à la rue en France, *mais rarement*. Dans un pays comme le nôtre en effet, dans un état de droit, il est impensable d'avoir à subir ce que subissent les ressortissants d'autres pays cherchant l'asile chez nous, du fait même de la place de l'ordre, de la Justice et du respect global des lois et codes de l'état de droit.

Ces réflexions nous ouvrent à considérer que **les traumatisés graves devenus tels *à l'âge adulte* suite au vécu d'intentions négatives à leur encontre** peuvent, à l'image de Balthazar, souffrir d'une modification identitaire. Le poids du traumatisme sur leur psychisme les oblige à vivre en profondeur selon ce « flottement » évoqué. Ils conservent cependant (à condition d'offres, de propositions d'aides externes) la possibilité d'exercer *leur pulsion d'agrippement, maintenue*, de chercher l'étayage.

Ces facultés ouvriraient à la construction d'un nouveau self, un nouvel aménagement de leur être, plaqué mais ayant vocation de permettre une adaptation plus ou moins valide, autorisant une suite à leur vie à ce prix.

Les sujets ici mentionnés ne se laissent pas aller au vide de l'errance, sous conditions pensons-nous d'aides externes tangibles, accessibles et bienveillantes (Jan, 2016).

Nos exemples de traumatismes graves ayant déterminé l'entrée brutale et sans choix en conditions de survie concernent essentiellement des personnes adultes.

Ces personnes étaient construites dans leur identité de manière ordinaire : leur personnalité antérieure ne présentait a priori pas de particularité de l'identité.

Si nous considérons maintenant **les traumatismes infantiles précoces** (et cumulés avec des traumatismes secondaires[422]), nous pouvons penser que ces tableaux organisent des fragilités qui rendent les enfants peu accessibles à la capacité d'agrippement dont nous parlions plus haut.

Le ravage par carences, lorsque ces enfants ne se structurent pas vers la psychose infantile, s'opèrerait selon une impossibilité à compter *réellement* sur le lien, sur l'étayage pour exister. Ces enfants, insuffisamment aidés objectivement, victime de « désaide »[423], entreraient dès ces âges premiers, dans une forme d'inconsistance de leur identité, de leur Moi.

[422] Voir Masud Khan M., 1974.

[423] Voir l'article en ligne intitulé « La désaide dans la théorie freudienne » à l'adresse http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2011.mathieu_f&part=353775

Après avoir étudié les adultes plongés dans des conditions de survie (conditionnant une régression mal réversible de leur identité), le cas des enfants plongés dans de telles conditions nous retient.

En nous rappelant que ces dynamiques défensives sont chez l'adulte d'un accès quasi « réflexe », il pourrait en être ainsi tout autant chez l'enfant.

Dans une inconfiance acquise vis-à-vis de l'objet, contradictoire à ce stade de normale dépendance, le sujet en viendrait à composer avec ce trou des investissements au prix d'une amputation de son développement affectif, de l'abandon du sens des liens et subséquemment, du sens des choses.

La survie psychique en conditions infantiles, probablement pas repérée en ces termes y compris quand il y a sauvetage par la société devant des situations manifestes de maltraitance par exemple, contribuerait à l'édifice d'un faux-self issu d'une défense contre traumatique.

Non détectée, non envisagée en ces termes (survie psychique), il est possible que l'abime s'enclenche sans possibilité pour le sujet de faire fonctionner ses aptitudes d'étayage, l'amenant à traverser l'enfance sans acquisitions, restant « en plein vide ». Un vide non aménagé. L'enfant semble « sauvé » quand il est placé après mauvais traitement par exemple. Pourtant, une dynamique de survie psychique enclenchée reste active, non diagnostiquée en tant que telle, non abordée pour ce qu'elle vaut.

En d'autres termes, ici, la survie serait synonyme d'entrée inaugurale dans une forme d'errance risquant de rester déterminante (et définitive) si elle n'est pas repérée et soignée si possible. Il s'agirait d'un mal que nous pourrions rapprocher de l'hospitalisme décrit par René Spitz, se développant par absence/carence de contact humain positif.

Ce dernier d'ailleurs, selon l'ébauche très résumée qu'en propose le site internet Wikipedia[381], isolait trois phases dans ce syndrome : « des pleurs (car l'enfant sait qu'avant, les pleurs faisaient revenir sa mère) ; phase de glapissement, de perte de poids et d'arrêt du développement ; phase du retrait et du refus de contact, aboutissant alors à la dépression anaclitique (détresse chez l'enfant qui a déjà connu un lien d'attachement _ entre 6 et 12 mois _ et qui, lorsqu'il est séparé de sa mère, connaît une dépression) ».

L'auteur, Franck Mathieu, constate que Freud n'a pas renoncé à la notion de désaide *(Hilflosigkeit)* au fil de son œuvre.
Abordée dans des écrits pré-analytiques, la notion « d'individu sans secours » apparaît hors du recours à l'objet d'abord : « le sujet est impuissant à s'aider lui-même. C'est le dés-aide ». Dans *Malaise dans la civilisation* en 1929, Freud met en avant la précarité première de l'humain et la réponse qu'y apportent la culture et la religion ; dans *Inhibition, symptôme et angoisse* en 1926, la discussion du *traumatisme de la naissance* de Rank par Freud « […] discerne comme caractère commun aux différents « dangers » contre lesquels se mobilise la vie psychique, l'angoisse de perte et de séparation entraînant inéluctablement le sujet vers un état de détresse. La prématuration biologique de l'enfant fait de l'environnement humain un socle indispensable à son maintien et à son organisation. Comme le soulignent J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), le désaide influence de façon décisive la structuration du psychisme voué à se constituer entièrement dans la relation avec autrui ». « […] Ce sentiment de détresse désigne un mouvement extrêmement désorganisateur qui touche les racines de la subjectivité

[381] https://fr.wikipedia.org/wiki/Hospitalisme

Si l’adulte, après conditions de survie, peut espérer une relative réadaptation (en faux-self) sans retour à sa personnalité antérieure, les acquis fondamentaux de celle-ci vont l’aider à produire ce colmatage.

Chez l’enfant plongé en conditions de survie précocement, pas de personnalité antérieure en quelque sorte, ni d’acquis. L’adaptation ne sera ici guère possible, l’étayage lui-même excessivement limité sinon bloqué.

CHAPITRE III

PENSER L'ERRANCE AUTHENTIQUE

« L'approche uniquement descriptive ne saurait tenir compte de la complexité des personnes, car elle limite au seul visible, donc au superficiel. Des approches plus exigeantes, allant chercher le caché, le sous-jacent, existent […] ».

François Chobeaux[382] (2009)

« Survivre, survivant… voilà le fond, voilà la chose. En anglais […] to survive, a survivor sont des termes flatteurs soulignant une résistance particulière au pire. En français, le sens est considérablement plus ambigu. Un survivant n'est plus tout à fait un vivant ».

Patrick Declerck[426] (2016)

[382] *Intervenir auprès des jeunes en errance,* page 46.
[426] *Crâne*, page 146-147.

Introduction

Nous avons acquis par nos précédents chapitres que l'errance, dans l'acception restrictive que nous choisissons de suivre dans cette étude pour ce qu'elle désigne, relève d'une qualité d'existence particulière, facilement confondue à tort avec le manifeste de la vie sans domicile et particulièrement, comme le « sans-abrisme », stigmatisée/attaquée socialement. D'aller au-devant d'elle pour la rencontrer cliniquement nécessite un travail préalable de réflexion sur nos préjugés et sur nos valeurs culturelles, nous l'avons vu. N'en déplaise que la tâche soit un effort, que nous avons posé comme « non naturel » culturellement, au chapitre premier du présent travail[383].

Nous avons acquis que l'errance psychique se différencie, en regardant de près les fonctionnements des personnes évoluant à la rue, de bien d'autres tableaux qu'on y associe trop souvent, trop confusément. Elle n'est ni fugue, ni voyage, ni névrose, ni psychose, …

Nous avons saisi que l'errance psychique, fonctionnement mental à part, s'acquiert, s'installe dans la vie de qui en est atteint, de manière certainement précoce, au regard des biographies (issues de notre travail clinique en EMPP) que nous avons proposées (notamment Vanil, Günther) et de celle de certains témoins (Le Roux, 1998 ; Roughol, 2015)[384].

Reste à préciser plus avant ce que peut être ce fonctionnement, en l'admettant d'emblée comme *un fonctionnement défensif massif,* aspirant l'entier de l'être du sujet, pensons-nous: l'errance serait en Un ou Zéro, selon une logique exclusive. *En d'autres termes, on est ou on n'est pas errant (authentique).* De l'être un peu signifierait ne pas l'être vraiment, en suivant notre logique, obligeant un diagnostic différentiel avec les états auxquels nous avons confronté l'errance au chapitre II.

Rares sont les auteurs dans la littérature sociologique et psychologique/ psychanalytique qui mènent une réflexion directe à propos de l'errance. Cette notion est souvent contenue dans des théorisations sans en constituer tout à fait le centre, nous semble-t-il. Nous avons choisi de reprendre certains de ces chercheurs, retenant quelques-uns de leurs écrits, certaines de leurs conceptions, nous ayant parus particulièrement pertinents pour notre dessein.

Après cette première partie d'exposés de textes (sociologiques, psychanalytiques), nous livrerons la lecture que nous proposons de l'errance authentique ou errance psychique, que nous définirons en soumettant le concept *d'errance essentielle* et en viendrons à notre conclusion ainsi qu'aux perspectives rendues possibles par cette façon de concevoir l'errance humaine.

[383] Partie I-7-2

[384] Nous les avons rapportées résumées respectivement dans les Annexes N°8 et N°9.

A Première partie : Textes des auteurs de référence pour aborder l'errance interne/psychique

III-1 Textes de sociologues

Il nous a semblé utile d'exposer des éléments portant sur l'origine sociale de l'errance manifeste, permettant de penser au lien fréquent entre précarité parentale (qui n'est pas pauvreté nécessairement) et conséquences psychiques et sociales pour les enfants. Souvent les personnes en errance authentique sont issues de familles ancrées dans le sous-prolétariat, même si le phénomène n'est pas modèle absolu.

Si notre travail de psychologue ne se fonde pas essentiellement sur ces composantes, nous ne pouvons les méconnaître, nous satisfaire d'être ignorants sociologiques. Ajoutons que la sociologie classique (ici représentée par Louis Moreau de Bellaing et Jacques Guillou) ne discrimine pas l'errance comme nous le faisons, sur des aspects psychologiques liés au développement du sujet et sur l'absence de but. La sociologie pragmatique fondée sur le travail social de terrain y ouvre ou s'y ouvre par contre tout à fait, telle celle de François Chobeaux[385].

Les conceptions classiques ici utilisées renvoient à l'idée d'une équivalence errance/exclusion, portent sur l'errance manifeste qui, comme nous l'avons montré, n'est pas toujours errance vraie, errance interne, errance totale, errance psychique, errance essentielle.

Guillou et Moreau de Bellaing

Les Sans Domicile Fixe, un phénomène d'errance (1995)

Prélable

Le travail de ces sociologues permet d'aborder la question de la vie quotidienne, institutionnelle ou non, de ces jeunes gens (à risque SDF) et de fournir un éclairage sur les mécanismes sociologiques qui poussent à ce que ces trajectoires se délitent jusqu'à arriver, très précocement, à la désocialisation. Mais s'ils emploient le terme d'errance, ils nous semblent ne point y insister sur *l'aspect perdu, sans objectif*, au profit de l'idée différente, non parfaitement superposable, d'une situation simplement non choisie. L'errance dans notre optique est condition psychique ; elle est ici conséquence de déterminants malheureux, sans faire l'objet de la réflexion. Redisons que les auteurs l'emploient quasiment comme synonyme de l'exclusion. *Eléments*

[385] Pourrait-on parler, concernant cet auteur, d'une approche psychosociologique?

L’errance SDF, renvoyant à un déplacement, une déambulation au hasard éludant la question du projet du sujet, Moreau de Bellaing et Guillou l’abordent ainsi: « faut-il rappeler que l'errance n'est en rien un phénomène négatif ou, pour mieux dire, d'excès? La terre s'est peuplée par l'errance des êtres humains. L'errance est un phénomène social, un fait social et, très probablement, un phénomène social total. […] A ce titre, l'errance SDF n'est donc pas en soi un phénomène négatif, c'est-à-dire un phénomène d'excès. Rien n'empêche un jeune majeur, un adulte, une personne âgée, un groupe de se déplacer à sa guise et librement sur le territoire. *C'est dans l'errance SDF* que l'excès apparaît, parce que l'absence de domicile fixe n'est pas voulue, ni choisie, parce que la perte des vêtements normés n'est pas recherchée, parce que le manque de travail ne résulte pas d'un libre choix. De même, ce n'est pas de sa propre volonté et selon son libre arbitre que le SDF ou le SDF clochard vit dans la misère relationnelle, sexuelle, culturelle, morale, etc. […] L'errance SDF c'est le déplacement forcé sur un territoire de ceux qui n'ont plus ni logement, ni vêtements normés, ni travail. Elle engendre la misère noire et la misère absolue » (1995, p. 12-13).

Ces deux auteurs ont ensemble publié plusieurs textes concernant les jeunes SDF, selon une analyse sociologique proposant des distinctions opérées autour de l’axe *misère et pauvreté*, titre d’un autre de leurs ouvrages (paru en 1999), qu’ils suivent en proposant de « […] désigner comme un degré de la grande pauvreté et de la pauvreté, la misère blanche qui concerne certains sous-prolétaires, et la distinguer de la misère noire qui ne concerne que les SDF ainsi que de la misère absolue qui ne concerne que les clochards » (Jacques Guillou, Louis Moreau de Bellaing, Op. Cit. p. 9). Ils ajoutent: « entre la pauvreté et la misère, il n'y a aucune commune mesure (Op. Cit. p. 12) ».

«Quand aisés, pauvres, nouveaux pauvres, grands pauvres, misérables blancs deviennent SDF c'est-à-dire misérables noirs et misérables absolus, ce qui est perdu, c'est - non dans le temps, mais par ordre d'importance - d'abord le logement, ensuite les vêtements normés, enfin le travail. Autrement dit - et c'est là que, selon nous, la signification du critère économique s'élargit - ces individus et ces familles perdent les investissements d'objets essentiels dans les sociétés modernes. Le SDF est dans la misère. Celle-ci est à définir, en définition complète, d'abord économiquement: perte conjuguée du logement, des vêtements normés et du travail. Le grand pauvre peut être dans ce que nous avons appelé la misère blanche. Il a gardé un logement, mais perdu ses vêtements normés et le travail, ou il a perdu son logement, son travail, mais gardé ses vêtements normés ; il est hôte dans une famille ou il a un logement de fortune (cahute, pilier d'autoroute). Mais, comme le dit Jean-Luc Porquet (1988), un "gouffre" sépare la grande pauvreté (même avec misère blanche) de la misère qui est fondamentalement la misère noire et la misère absolue. Les trois pertes conjuguées (logement, vêtements normés, travail) définissent cette misère comme la seule misère réelle.

« A cette première définition qui caractérise l'état des SDF, il faut ajouter d'autres caractéristiques de la misère: misère dans les relations, misère culturelle, misère sexuelle, misère psychique, misère morale, etc. Mais ces caractérisations de la misère

ne concernent pas seulement les SDF. Elles apparaissent séparément dans n'importe quelle catégorie sociale. C'est leur cumul qui tend à se manifester chez les SDF » (Op. Cit. p. 10-11).

Misère et pauvreté. Sans domicile fixe et sous-prolétaires (1999)

Ici, Moreau de Bellaing et Guillou évoquent des processus opérant dans l'exclusion, la déterminant, tels la désinsertion, l'abandon, la désaffiliation[386] (cette dernière souvent amenée par le chômage, contrairement à la désocialisation qui ne l'est pas toujours), la désidentification, la vulnérabilité (l'état de qui est globalement instable), la désocialisation, la sous-prolétarisation, la déculturation, faits sociaux ici marqués par *leur excès*.

La désocialisation : « au sens sociologique premier, celui de Simmel, elle se construit à travers le détachement du groupe primaire (la famille) pour établir des liens avec des groupes secondaires qui vont être la source du processus de différenciation sociale caractéristique du milieu urbain, donc supports d'une identité nouvelle plus vaste et donc plus riche. Le concept né des travaux de la sociologie urbaine est utilisé en sociologie de la déviance dans un sens différent. Il désigne le processus par lequel des groupes et des individus s'écartent, s'éloignent du lien social fondamental, se désinscrivent des rapports sociaux» (Op. Cit. p. 42).

La désinscription se situerait autant au niveau des liens familiaux, scolaires, professionnels (socialité primaire) que secondaires : « lien avec les administrations, les échanges, les communications (transports), les associations, syndicats et partis politiques, avec l'Etat (impôts, vote). La désocialisation se comprend aujourd'hui non plus comme un détachement pour un nouvel enrichissement, mais comme une perte de substance des relations qui peut mener vers une forme de « désert relationnel » pour l'exclu là où l'homme inclus trouve la source de sa dynamique ordinaire. La désocialisation est la voie qui mène vers l'isolement à travers le malheur. La désaffiliation nous apparaît interne à la désocialisation » (Op. Cit. p. 42-43).

La désidentification nous semble être aussi une conception à préciser. *Il s'agit d'une perte partielle ou complète d'identité*. « Le processus vaut pour des groupes comme pour des individus. Il n'est pas toujours lié à l'exclusion […]. Il est un processus de perte des repères identificatoires (familiaux et/ou sociaux) qui s'articule à la désaffiliation, à l'abandon, au chômage, etc. ATD-Quart Monde insiste sur ce processus et note que l'identité n'est pas nécessairement perdue, par exemple pour le SDF, par le départ » (ibid).

La déculturation « […] est la perte des repères spécifiquement culturels : les mœurs et les manières, quelle que soit l'origine géographique des groupes et des individus. Nous définissons pour notre part, en sociologie critique, la culture (au sens anthropologique) comme le contenu des rapports sociaux[387]. La déculturation tend à faire disparaître

[386] Robert Castel favorise dans son analyse de 1995 le concept de *désaffiliation*.
[387] Pour plus d'éléments sur le concept de culture, voir la première partie du présent travail.

ces contenus (ne plus manger sa nourriture, ne plus s'habiller selon ses goûts, etc.) pour les personnes et les petits groupes » (ibid).

Jacques Guillou *Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou « au bout d'être énervé» (1998)*

L'auteur propose une analyse de type psychosociologique du jeune SDF. Il affirme qu'ils sont très majoritairement issus de la classe ouvrière et de parents eux-mêmes déclassés dans leur catégorie, socialement et économiquement vulnérables de ce fait (par rapport aux classes supérieures).

Au cours des années 1990, ce sociologue observait dans les biographies des jeunes SDF une éviction du foyer parental (et plutôt par le père) à peine la majorité atteinte, comme en toute méconnaissance de la réalité contemporaine de l'emploi, avec l'idée qu'à cet âge, leur fils (plus souvent que leur fille) doit en venir à se débrouiller seul(e). Sans les préciser, l'auteur ne méconnaît pas l'existence de conflits ayant préexisté voire présidé à cette éviction.

Dès cet âge, à l'arrivée de leurs 18 ans[388], nombre de jeunes gens placés par l'Aide sociale à l'Enfance n'étaient pas retenus dans leur famille d'accueil (fin de versement de la pension par le Conseil Général). Là aussi, existent des conflits préalables : ce serait là plutôt les nourrices, les femmes des familles d'accueil, qui seraient «expulsantes » nous dit-on[389].

Guillou n'est pas dupe d'une parfaite improbabilité de scenarii de type « retour de l'enfant prodigue ». Démuni d'un milieu propre, intime, privé, dès la rupture (et souvent, psychiquement, bien avant) ne reste que l'expression dans l'espace public comme possibilité de nouvelle sociabilité.

Après ce départ, le jeune serait en attente de montrer sa capacité de réussite sociale, tant à lui-même qu'à autrui (famille, famille d'accueil, voire éducateurs de jadis ou aidants _ dont des soignants, le rôle de l'infirmière du site n'est pas à oublier _ de l'actualité du foyer d'hébergement d'urgence puis/ou du CHRS). Il souhaiterait manifester son identité sociale, personnelle, sans passer par une identité collective qu'il ne semble pas connaître. Il arrive, comme le dit l'un des jeunes interviewé par Jacques Guillou, dans un nouveau monde non dépourvu d'angoisse, « chez les barbares ».

Concrètement pourtant, il est plus que rare que le jeune accède à un essor et son chemin est singulièrement accidenté. Ses acquis matériels (notamment ses vêtements) s'abiment, sans qu'il puisse les remplacer dans les mêmes rayons. Malgré lui, malgré sa méprise du clochard (qu'il fréquente par obligation dans les lieux de

[388] Nous constatons que cela devient plus vrai encore ces dernières années, depuis la raréfaction des contrats de l'Aide Sociale à l'Enfance dits « jeunes majeurs », nous l'avons abordé en partie II-3.

[389] Mais il nous faut ajouter que souvent ce sont elles, les femmes, qui sont employées en qualité de famille d'accueil. Administrativement, l'avis de leur époux éventuel n'est pas convoqué.

zone, dans les foyers), il commence à pouvoir lui ressembler (voir également partie II-3).

C'est à partir de là que le jeune en question va faire des allers et retours entre la soumission et l'innovation, va développer sa « débrouille » : le vol (pas systématiquement), l'adaptation aux logiques de l'urgence sociale (pour trouver une place en foyer…). Pratiques excluantes ? Pratiques insérantes ?... « Il fournit un effort adaptatif permanent pour survivre dans un milieu qui n'a pas été conçu pour l'accueillir»[390] (1998, p. 112).

Le jeune SDF percevrait mal lui-même l'aspect irrationnel de ses conduites, de son système d'existence plus généralement ; il n'aurait qu'une seule règle pour Jacques Guillou : « nul ne doit être à même d'observer l'ensemble de ses activités » (Op. Cit. p. 106).

La vie sociale continue, l'auteur le montre, *mais aussi l'installation marginale*, la composition avec la pauvreté, l'affaiblissement global de l'insertion et des critères de santé, l'inflation des expositions dangereuses (plus ou moins perçues comme telles) et de la désocialisation. En recherche de dépassement des écueils, le jeune pourrait être, selon le sociologue, en identification à une capacité de dépassement des difficultés chez ses parents (comme s'il bravait une initiation difficile, un passage attendu), notion souvent illusoire.

Il donne ce contenu à la notion d'errance : « comme système de vie (l'errance) est en prise directe avec la structure des relations en jeu dans l'espace public » (Op. Cit. p. 94). Plus loin : « Les sorties réussies de ce système existent et constituent une route pleine d'embûches en fonction de l'appréhension difficile d'un monde social qui avait déjà mené le jeune à son errance » (Op. Cit. p. 106).

« La vie de sans domicile fixe s'affirme ainsi comme une tentative de résolution dans l'espace public de problématiques nées dans l'espace privé. L'errance du jeune SDF ainsi recadrée apparaît comme un type d'émancipation, de prise d'autonomie motivée par des injonctions parentales : « t'as rien fait à l'école, montre nous ce que tu sais faire tout seul, va t'endurcir le caractère, va voir ce que c'est que la vie dehors » et des injonctions sociales : « avoir comme les autres, se débrouiller, se démerder seul, ne pas demander d'aide, fonder une famille, réussir ». Pour réaliser ces injonctions, le jeune est placé dans les conditions les plus défavorables, la rue, avec une «assistance» minimum en début de parcours et des concours de circonstances liés aux rencontres qu'il peut faire » (Op. Cit. p. 122).

[390] En cela, l'abord de Guillou semble très proche de celui des autres sociologues que nous mentionnons, notamment de la part sociologique du travail d'Alexandre Vexliard, mais aussi de la sensibilité développée par l'historien André Gueslin que nous avons abondamment cité dans nos pages précédentes.

François Chobeaux

« Intervenir auprès des jeunes en errance » (2009)

Cet ouvrage était présenté par son auteur[391] comme la synthèse de ses travaux sur les jeunes en rupture sociale. En 1996, il publiait *Les nomades du vide* dans lequel il exposait la vie des jeunes « zonards » revendiquant l'errance comme mode de vie. En 2001, *L'errance active* avait pour objet les pratiques professionnelles auprès de cette population marginale.

En 2009, Chobeaux rappelle: « parmi ces jeunes dits en errance, la moitié ont des parents séparés et au moins un tiers ont fait l'objet de suivis sociaux rapprochés durant leur enfance ou leur adolescence. Un certain nombre d'entre eux ont également subi dans le passé des actes de maltraitance physique ou sexuelle imposés par des proches (souvent un compagnon de la mère après la disparition du père biologique de la scène familiale), mais leur nombre est difficile à évaluer, car ces faits peuvent être partiellement cachés par pudeur ou bien faire l'objet d'une dénégation. Certains sont également passés par la prison et la psychiatrie, éléments tout aussi occultés. Mais il faut insister sur un élément central, qui permet de ne pas plaquer trop rapidement des schémas explicatifs simplistes : parmi leur fratrie, ces jeunes sont les seuls à avoir pris le chemin de l'errance. *On ne peut donc pas parler de déterminisme socio-économique dans les origines de la dérive* : la dimension individuelle joue un rôle de premier plan, en se conjuguant au contexte familial et environnemental et aux dynamiques sociétales » (Op. Cit. p. 17).

Fuite d'eux-mêmes, l'errance ne donnerait pas lieu pour ces sujets à une organisation de groupe constructive. Dans *Les Nomades du vide*, François Chobeaux écrivait : « les mises en avant d'une culture de la zone par les zonards eux-mêmes ne sont en fait que des mythes *qui leur permettent de se faire croire qu'ils existent collectivement*, et que leur vie a encore à voir avec une vie sociale. Ces mythes sont à la fois protecteurs et terriblement enfermants, car ils laissent croire à ces jeunes qu'ils ont encore une existence sociale et symbolique. Ils sont leur seule raison de vivre, d'évidence totalement illusoires » (Op. Cit. p. 125).

L'auteur nuance sont point de vue en 2009, après accumulation d'expériences et de réflexions au sein du réseau national de professionnels « Jeunes en errance »[392] notamment, après avoir appris sur les différentes façons d'entrer dans l'errance, après approfondissement des composantes sociales et psychiques à l'œuvre. En 2009, François Chobeaux parle *d'errances* au pluriel, de par la disparité des typologies de ces trajectoires, de par les modalités de sortie de ces états (possible pour certains, impossible pour d'autres). « Il n'y a pas un modèle unique de jeune engagé dans un seul modèle d'errance » (Op. Cit. p. 18).

[391] François Chobeaux est l'inventeur de l'appellation « jeunes en errance ». Il l'explique dans son article de mars 2016 : « Vingt cinq ans de jeunes en errance active. Où en est-on ? », Cahiers de Rhizome, Santé Mentale et Précarité, N°59.
[392] Porté par François Chobeaux et l'association Ceméa nationale, Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active, depuis ses prémisses en 1997. www.cemea.asso.fr

Cet auteur fait sienne la catégorisation pragmatique suivante, pour différencier les dynamiques d'errance des jeunes : « ceux qui se cherchent, ceux qui se fuient, ceux qui se perdent » (Op. Cit. p. 48).

Les premiers seraient des sujets construits, s'étant développés dans des conditions « d'enfances équilibrantes ». « Cependant, ils ne se satisfont pas de ce qu'ils ont, de ce qu'ils sont, il y a encore quelque chose qu'ils veulent trouver, qu'ils souhaitent vivre, dans une dernière prise de distance avec la sécurité de la normalité et l'entrée définitive dans la vie adulte » (id, page 48)[393]. Ils épousent cette manière de vivre pour un temps, pour une forme de frisson initiatique, sans s'exposer aux pires dangers que la situation propose, notamment la consommation de toxiques. « Ils peuvent décider d'arrêter ce parcours et revenir vers la normalité, clairement enrichis de ce qu'ils ont vécu. […] Ils peuvent aussi décider de prendre le chemin d'une marginalité active et responsable, construisant alors avec d'autres des microsociétés alternatives, viables, et s'engageant parfois de façon militante dans les actions altermondialistes. Ces vies-là n'ont plus rien à voir avec l'errance, car elles sont faites de choix, de désirs fondés, de sens mis en acte » (Op. Cit. p. 49-50).

Ceux qui se fuient seraient issus d'enfances difficiles (séparation parentale, soins éducatifs carencés, attitudes parentales inadéquates avec maltraitances de différents ordres). « Le lien d'attachement a été précocement malmené, rompu, et ces jeunes ne savent pas vraiment qui ils sont. Pour eux, l'errance n'est pas une quête de soi, la recherche d'un petit plus structurant, mais clairement une fuite éperdue et impossible (comment fuir son ombre et ce que l'on est ?), où l'agir permanent et impulsif tient lieu d'être. […] Ces jeunes vont entrer dans une vie faite de risques sans capacité de s'en protéger, dans la recherche désespérée de limites. Les substances psychoactives qui permettent l'oubli et l'anesthésie sont évidemment ici de puissants alliés » (Op. Cit. p.50).

François Chobeaux considère quatre issues possibles à ce cheminement, tout en précisant que cette vue théorique n'est pas un outil, ne permettant que de dégager des tendances, non de figer des vérités.

En premier lieu, le fait de commencer à « se trouver » via l'implication affective « dans une rencontre affective, d'un désir d'enfant ou d'une naissance »[394]. Cette sortie de galère s'avèrerait délicate, difficile, susceptible de voir réapparaître des « fantômes » nous dit le sociologue qui prône le recours à des aides extérieures (éducatives et psychologiques) déjà engagées. Ces jeunes-ci ne seraient pas dans le refus des aides[395]. « La réintégration n'est pas simple car ces personnes sont allées loin et longtemps dans l'errance » (Op. Cit. p. 51).

---

[393] Nous appelons de notre côté ces personnes « jeunes non en errance » et reprenons ici ce que nous en disons dans le sous chapitre *Qu'est-ce qu'un jeune non en errance?*, partie II-3-3 (pages 168-169) : « Y compris s'il tente de se démarquer des façons d'être des adultes, des anciens, des aînés, de les « ringardiser », il épousera pourtant une voie liée à l'inclusion, *fera du hors-piste sans sortir de la station si l'on veut*. C'est un individu suffisamment adapté à son système socio-culturel ».

[394] Nous renvoyons ici à notre développement *Devenir parent à l'occasion de la galère* en partie II-8-3 du présent travail concernant le désir d'enfant et désir de parentalité dans l'urgence sociale.

[395] Notamment pas dans le refus de soin que nous avons abordé plus particulièrement partie II-1-7 ; ils ne resteraient pas, plus largement, dans la *non-demande*, exposée dès notre introduction générale.

Autre possible, la stabilisation dans des marges sociales, plutôt en campagne, avec le recours à l'assistanat social. Il y aurait ici maintient dans une précarité importante de la vie matérielle.

Troisième voie, celle du « phénomène de foire » dit Chobeaux, c'est-à-dire celle de personnes faisant de leur vie passée leur gagne-pain en l'exposant à d'autres (militants associatifs dans la réduction des risques, etc…). Tels qu'ils furent, ils restent pourrions-nous dire, *le symptôme actif en moins*, comme peuvent rester inchangés sur le fond nombre d'anciens alcooliques militants (Jan, 1989). Ils sont en rémission abstinente. Critique sur cette voie (permettant tout de même une adaptation de surface), Chobeaux écrit : « quel avenir a-t-on quand on n'a que l'évocation du passé comme carte de visite et comme projet porteur ? » (id, page 51).

La dernière issue « au bout du chemin de fuite » serait « la perte de soi ». Ceux qui y aboutissent seraient les plus souffrants, les moins capables d'autoprotection. « Ils sont déjà trop détruits psychiquement et physiquement par les toxiques et les maladies, certains étant victimes d'un malheur qui a brutalement enrayé leur recherche de sens ou leur fuite. Ils n'ont plus envie de faire l'effort de vivre dans la société des « inclus ». Ils vont alors peu à peu passer de la dynamique de « jeune en errance » au statut d'assisté social permanent, puis parfois de clochard. […] Ce sont (également) ces ex-jeunes détruits par les toxiques, aidé matériellement par une allocation d'handicapé, soutenus humainement au quotidien mais plongés dans des dynamiques de mort lente qu'il ne semble plus possible d'enrayer » (Op . Cit. p. 52)[396].

Articles de François Chobeaux en 2016.

F. Chobeaux s'interroge aujourd'hui sur ce qu'il conviendrait de proposer aux jeunes en errance dont les troubles graves (associés à l'errance ou en relevant), pourraient souvent correspondre à des « handicaps psychiques ». Ils devraient pouvoir donner lieu de plus en plus à l'entrée dans un statut handicapé aux personnes concernées et permettre de quitter *« l'acharnement éducatif »* ne permettant guère de changements.

Dans « La fabrique institutionnelle de l'errance » (2016b), il souligne la souffrance infantile et adolescente des sujets concernés, leurs «entrées ratées » dans la vie adulte après cela (Op. Cit. p. 23). Il critique la protection des mineurs qui n'aurait pas suffisamment pris en considération leur état, les placements multiples en soulignant la continuité « incasables institutionnels » de l'ASE/futurs errants. Il dénonce l'inadaptation des réponses institutionnelles aux jeunes majeurs après ces parcours.

[396] Ces derniers répondent à ce que nous qualifions d'*errance essentielle ou errance authentique*.

III-2 Textes de psychanalystes et recherches sur bases analytiques

La psychanalyse étant notre référence théorique et psychopathologique principale[397], nous rapportons ici des écrits triés spécifiquement dans ce domaine.

Nous avons écrit un commentaire critique concernant Alexandre Vexliard _ cette fois-ci *le Vexliard psychologue* et non plus le sociologue ou l'historien déjà employé dans notre raisonnement au chapitre premier du présent travail _ qui ne peut prendre place ici et que nous avons porté en annexe (Annexe N°10).

Pour tous les auteurs ici réunis, l'errance renvoie clairement à une problématique de l'identité.

Alice Cherki : « Figures de l'errance »[398] (1998).

Ce texte introduit les éléments structurels qui feraient défaut aux personnes condamnées à errer. L'auteure part de l'hypothèse d'une non transmission trans-générationnelle pour construire son raisonnement et pose *qu'errer est synonyme d'insuffisante subjectivation*, d'échec de/dans la subjectivation.

Elle associe à cet état de fait une problématique de structuration de la mémoire (non-inscrite dans une historicité) et de l'espace. La séparation d'avec l'objet primaire avorterait, au sens d'un accès incomplet à la symbolisation, à la représentation. La fonction paternelle n'aurait pu s'inscrire et introduire le sujet dans une trajectoire où le manque aurait été pensable.

Développement du texte

Dédié avant tout aux enfants issus de la migration, le texte d'Alice Cherki considère que les instances symboliques héritées des générations antérieures, quand elles sont dévalorisées, mettent en suspens ou en crypte la possibilité de devenir sujet :

« L'errance psychique est le signe témoin de cette panne dans la subjectivation, dans la possibilité de symbolisation de la capacité de se représenter » (Op. Cit. p.68).

Le sujet, selon elle, arrête de se représenter.

L'auteure rend synonymes « impossible subjectivation » et « errance psychique », cette dernière étant particulièrement inscrite dans la « clinique sociale » dit-elle. Elle critique, dans une perspective psychiste, l'idée de sociologues comme Mafesolli[399] qui

[397] Sans dénigrer pour autant d'autres éclairages d'ailleurs utilisés antérieurement dans nos lignes tels : psychiatrie séméiologique, psychopathologie classique, voire clinique neuropsychologique.

[398] Cherki A (1998) « Figures de l'errance », PTAH (Psychanalyse Traversée Anthropologie Histoire), N°5-6, 67-72.

[399] Cité par Alice Cherki : Maffesolli M. (1997), *« Du nomadisme : vagabondages initiatiques »,* Editions FGF.

prêterait à l'errant mobile[400], cet autre quelque peu étranger, la fonction *d'échappé* : en ne se pliant pas au modèle dominant de la société, il questionne son fondement.

« A l'opposé de ce trajet (celui du nomade, transmis, inscrit dans la quête de rencontres et de sens[401]) vient cette maladie du temps et de l'espace qu'est l'errance psychique» (Op. Cit. p.69).

Le paradoxe de cette errance est qu'elle rejoint « une très grande sédentarité » (ibid), souligne Alice Cherki[402].

Cette remarque entre fortement en correspondance avec nos observations de terrain en EMPP et en résonance avec plusieurs des cas cliniques par nous mis en exergue dans le présent travail[403]. Apprécions sa façon de formuler cet état de fait : « plutôt que cheminement, elle (l'errance) est *piétinement.* Elle ne demande pas un territoire très étendu pour se manifester » (ibid).

Dans cet état, elle est aussi frappée par le traitement fait du temps et de l'espace, «étal et fragmenté », produit par le sujet. « Cet espace, à la fois vide et circonscrit, ce temps suspendu dans un présent fragmenté, sans passé et sans futur, dans un indécidable, est assorti, plus que d'une « non estime de soi », d'une *identification au rien, un rien qui les assigne* » (ibid). Ceci allant avec une image de soi troublée, avec une incapacité à se diriger et se déplacer hors du connu[404]. L'auteure considère de ce fait que toute démarche devrait pouvoir être accompagnée (physiquement) pour eux, du fait de la « peur de leur propre image ». Le miroir serait pour ceux-là difficulté majeure.

« Il y a un lien entre être privé de parole, privé d'énonciation, de subjectivation et l'errance, l'errance psychique. […] Etre réduit au silence » pose-t-elle, avec ces deux notions de réduction (« comme on dit réducteur de tête ») et arrêt de l'énonciation (et non hésitations ordinaires au stade de la séparation mère/enfant et premiers instants de représentation de l'absence, de symbolisation, de métaphorisation*).* L'errance indiquerait cet arrêt.

L'errance questionne donc la manière de devenir pleinement sujet puisqu'elle en serait une forme d'échec.

Va avec la subjectivation, normalement, la mémoire inconsciente et son rapport paradoxal à la conscience. Alice Cherki (Op. Cit. p. 70) rappelle que le psychisme humain est issu d'une rupture _ c'est l'une des conditions de sa création _ d'une

[400] Qu'il semble confondre abusivement avec le nomade. Voir l'introduction de cette thèse, partie II-3-3.
[401] Voir également la partie II-3-3 de notre introduction.
[402] Comme nous-mêmes et Karine Boinot sur ce point : voir dans cette thèse notre commentaire sur le cas de Günther en partie II-9.
[403] Voir aussi parties II-2, II-3, II-5.
[404] Comme le montre cet exemple : un travailleur social en Centre d'Hébergement d'Urgence demande à un jeune homme manifestement en errance d'aller refaire sa carte d'identité, document indispensable pour le redémarrage de démarches. Après avoir reçu l'assentiment du sujet, après avoir conçu personnellement que celui-ci était apte à se débrouiller seul pour ce faire, après avoir entendu l'acceptation de l'action par celui-ci, s'écoulaient 6 semaines… sans rendez-vous au bout du compte. Rien n'avait bougé. Le fait qu'il s'agisse de la quête d'une carte d'identité, objet si souvent perdu/manquant à la rue, n'est certainement pas neutre mais il aurait pu en aller de même pour tout autre chose certainement.

séparation avec l'origine, de distance avec un premier autre, d'appels à des montages symboliques. Le sujet humain, pour se former, passe par un « tiers qui sépare et qui fonde dans un accès à une possible métaphorisation » (ibid).

Etre sujet, c'est devenir sujet capable de mémoire, acceptant d'être inscrit dans une lignée transgénérationnelle venant en soutien à son incomplétude (normale). Il faut pour ce faire accéder à la symbolisation, à *la capacité de représentation ci ne qua non* pour être acteur de sa propre vie.

« Or ceci signifie pouvoir se souvenir et oublier, accéder à la capacité de refoulement et faire avec la force des traces mnésiques qui non seulement ne s'effacent pas mais assurent toutes les potentialités associatives des formes de liaisons avec les représentations verbales ».

S'il y a impossibilité, barrage, encryptage des traces mnésiques, celles-ci restent inaccessibles au sujet. Si l'élaboration, c'est à dire la relecture autorisant la séparation, n'est pas possible, que se passe-t-il pour l'individu concerné ? Il ne peut pas refouler, ne peut pas engrammer en traces verbales son vécu. Alors, l'accès des traces n'ayant pu être représentées à la conscience se fait de façon directe, traumatique, «sous forme destructive et violente », *« en un véritable court-circuit* (…).

Ecrasement de la temporalité : tout, ici, maintenant, pour un temps » (ibid).

Ces traces mnésiques pour passer, pour être liées, ont besoin d'un lieu/dispositif psychique qui, pour permettre le frayage vers la conscience, sépare et en même temps accueille. Ce « lieu métaphoriseur » correspondrait à la fonction paternelle dans le contexte d'une famille, normalement relayée dans le social (par les instances symboliques du social, de la société). La temporalité autorise le voyage. Quand elle n'existe pas, le sujet en reste à un « piétinement d'errant » (ibid).

« Sortir de l'errance, c'est restaurer l'énonciation, trouver un lieu métaphoriseur», comportant une identification minimale avec un Autre permettant de se constituer comme Autre de soi-même et pas soi auto-fondé, nécessaire pour se représenter. Elle poursuit : « montages symboliques mais aussi fictionnels, restaurant la capacité de symbolisation mais aussi la capacité d'imaginaire dans le sens de pouvoir construire une image de soi qui ne s'anéantirait pas dans le mirage d'un même tout puissant » (ibid).

Elle insiste à dire que l'imaginaire est mis à mal dans les tableaux d'errance psychique puisqu'il a rapport avec l'image de l'Autre de soi. Dans l'errance, l'espace est fragmenté, le temps atemporel, dans l'ici et maintenant, sans actuel qui réinscrive du passé et projette du futur. Il y a trouble de l'image de soi, « un peu comme (dans) une désespérance narcissique » (ibid). Chez l'errant, pas d'accès à l'illusion dans le miroir.

Fethi Benslama : « Psychopathologie de l'errance dans ses rapports avec la culture contemporaine » (2004)[405].

Fethi Ben Slama s'intéresse à l'errance à partir de celle d'adolescents de cités urbaines actuelles. Il verrait chez eux l'errance comme une « fuite-recherche », avec des niveaux de gravité en fonction des individus, de leur parcours infantile plus ou moins traumatique, de l'engagement de leur personnalité sur telle ou telle modalité de fonctionnement (structurellement). L'errant n'a pas d'itinéraire, pas de carte, pas de boussole. Rien n'est prévu ou programmé chez lui, tout serait dans l'improvisation du moment. « Il est sans programme, hors programme, déprogrammé » (Op. Cit. p. 136), cela à contre-courant de notre actuelle « culture programmatique » qui justement favorise les programmes multiples et enchassés les uns dans les autres. *Le défaut de programme fait de lui très vite un exclu/auto-exclu, nous semble-t-il nécessaire d'ajouter.* L'errant serait cet être qui met en échec les repérages théoriques des cliniciens qui tentent de l'aider.

L'auteur distingue une errance-étape adolescente d'une errance pathologique qu'il nomme *« compulsion d'errance[406] »* (addiction au mouvement et à l'espace en échos à l'instabilité infantile) venant comme une solution illusoire aux casses anciennes et infantiles. Elle serait quête (de l'objet primaire idéalisé) et fuite tout à la fois. Selon lui, l'errance grave serait moins endiguée dans une société telle que la nôtre, ayant raboté ses rituels de passage à l'adolescence. *Le Moi des errants comporterait des limites floues, une modification de la frontière dedans-dehors : ce qu'il nomme « l'extériorité intime » fonctionnerait là avec difficulté.*

Développement du texte

«Ce qui frappe chez les jeunes que nous rencontrons, c'est l'impulsivité de leurs déplacements qui relève en même temps de la fuite et de la recherche sans qu'ils puissent leur assigner un objet déterminé. Cette fuite-recherche, énigmatique pour eux autant que pour nous, est commandée par un mouvement incontrôlable, sans but, où prévalent l'immédiateté, la rencontre hasardeuse et passagère, l'exposition aux dangers, la mise à l'épreuve de leur corps jusqu'à l'exténuation » (Op. Cit. p. 132). Alors même que leur refus d'adhérer au lien social est une constante chez eux, ils ne cessent de revendiquer leur errance comme un bien inestimable, comme la seule cause à laquelle ils tiennent. « […] L'aisance avec laquelle ils associent librement les espaces et les itinéraires contraste avec la pauvreté fantasmatique et verbale, la fragmentation de l'histoire personnelle, le peu de communication des affects que nous constatons à leur approche. *L'errant fuit et cherche quelque chose qu'il ignore, ai-je proposé ; en fait sa fuite-recherche ne vise qu'elle-même, comme s'il ne devait jamais rencontrer ce qu'il cherche, ne jamais savoir ce qu'il fuit.* On peut supposer que l'arrêt menace son existence et qu'en la disséminant, en l'éparpillant ici et là, il lui donne la

[405] Benslama F. (2004). « Psychopathologie de l'errance dans ses rapports avec la culture contemporaine », Annales MédicoPsychologiques, N°163, 132-137.

[406] **La compulsion d'errance de Benslama correspond à ce que nous proposons plus loin de nommer « errance essentielle».**

puissance ubiquitaire du spectre d'être partout et nulle part. Les errants craignent les formes de mises en demeure qui s'apparentent pour eux à une mise en tombeau. Errer pour survivre, errer pour ne pas se sentir vivre, errer pour faire le vide, errer pour échapper au vide, ces propositions ne sont contradictoires que pour les sédentaires que nous sommes, menacés par leur divagation et qui les menace aussi par notre désir implicite de les amarrer. Il faut donc nous résoudre à accepter des bouts de racines qu'ils jettent de temps en temps en nous demandant de prendre soin d'elles […]. La vie des errants dans la rue les expose à tous les risques : drogues, délinquance, viols, violences individuelles et en groupe. L'errance apparaît comme la traversée individuelle d'une épreuve ordalique où les espaces décident de l'issue » (Op. Cit. p. 133).

L'errance ne serait pour Benslama nullement pathognomonique d'un type de structure de personnalité[407]. Il la perçoit comme pouvant appartenir au « travail de l'adolescence », au « processus de subjectivation » mais, insistons-y, en distinguant des façons plus pathologiques que d'autres.

Si l'adolescence est période de résurgence des pulsions incestueuses et parricides, il peut y avoir nécessité pour le sujet concerné de prendre de la distance vis-à-vis des parents. C'est par ce niveau qu'il distinguerait d'abord errance normale et pathologique: s'il est normal de s'éloigner en quête de nouvelles identifications et de nouveaux objets référents*, l'errance pathologique s'installerait comme « un agir chronique (et compulsif) envahissant l'être du sujet ».* Il n'y aurait pas construction d'une pensée mais bien ici empêchement de celle-ci, court-circuit par la mise en acte. Fethi Benslama parle alors de la *« compulsion d'errance »,* qu'il annonce comme une « addiction à l'espace et au mouvement » et ajoute : *« c'est une solution « illusoire » par laquelle des sujets victimes de carences précoces et de nombreux traumatismes qui ont laissé des trous dans leurs constructions psychiques tentent d'en combler le vide »* (Op. Cit. p. 134).

Il fait un parallèle clinique entre le besoin, « l'avidité de mouvement » permanent de l'errant adulte et l'agitation, l'aspect instable de l'enfant[408]. La décharge psychomotrice serait à considérer selon l'auteur comme relevant du « registre auto-érotique archaïque qui ressortit à un déni des objets internes » (mais aussi, à moindre mal, manifestation à l'adolescence de la difficulté d'habiter son corps en mutation).

Concernant l'attrait instable, erratique de l'adolescent, Benslama tend à l'expliquer par « l'automatisme de répétition » issu du clivage du Moi occasionné par un effondrement, en référence à D.W. Winnicott (1983). Le mouvement (errant) serait moyen (illusoire) de relier les éléments déliés et clivés. On pourrait notamment y voir une fonction

[407] Olivier Douville dit également d'elle qu'elle est « trans-structurelle ». Nous considérons au contraire l'errance grave, au-delà du comportement manifeste d'errance, selon une certaine organisation structurelle de la personnalité, quand il s'agit de ce que nous proposons sous l'appellation « d'errance essentielle ».

[408] Que l'on dit aujourd'hui souvent « hyperactif ».

transitionnelle, utilement antidépressive, malgré l'appauvrissement par «l'automatisme de répétition » du fonctionnement psychique[409].

Il poursuit sur sa clinique de l'errance par les problématiques (trouées, confusions) dans la transmission, trans-générationnelle : d'une certaine manière, l'errance serait ici « une quête des origines plaquant l'espace psychique sur l'espace réel » (ibid).

La réalité de l'espace serait gagnée par l'imaginaire de l'errant qui à la fois serait en quête de l'objet primaire idéalisé et, tout en même temps, en fuite de celui-ci. En quête d'une naissance ou d'une renaissance, le sujet en errance serait perméable aux pulsions incestueuses nous dit Fethi Benslama.

Pour cet auteur, la quête de l'errant n'est pas une quête de destinée : « il ne croit ni au destin, ni à la destination, ni au lien social, ni à l'espace, ni au temps, ni aux coordonnées du réel. Il n'attaque pas les systèmes, mais il ne leur prête pas crédit, ou bien à très court terme. […] Il se joue des repères de la fiabilité et de la crédibilité ».

Benslama revient, dans le fonctionnement psychique de l'errant le liant à l'espace, sur ces deux particularités : le fait que l'espace réel soit sous l'emprise de l'imaginaire, soit régressivement happé par l'originaire comme déjà mentionné ; la dimension du lien social attaqué qui produit une déliaison sur le plan de l'espace. L'errant ne croirait qu'en son mouvement sans but. « Ceci interroge la construction psychique entre spacialité et fiabilité » (ibid).

L'auteur questionne les aspects culturels et d'abord l'initiation : l'errance ne correspondrait guère à cela, à une initiation, puisque le sujet improvise son errance de manière idiosyncrasique et non culturellement codifiée. Son rituel n'est celui d'aucun autre, l'épreuve n'est pas réglée. « En somme, l'errant mettrait en œuvre un simulacre de rite initiatique qui n'a aucun effet de franchissement, et qui, bien plus, favoriserait le repli narcissique » (ibid).

Comme Alice Cherki, il met cela en perspective d'une « culture post-moderne », la nôtre, qui aurait réduit ou détruit les rites de passage à l'adolescence, dévalorisé l'organisation symbolique, les grands récits fondant sa mythologie (comme la modernité). « On ne croit plus en rien » pourrait-on dire en résumé, ce qui occasionnerait pour Benslama « […] une rupture entre la pulsion, sa représentation psychique et sa mise en scène sociale » (Op. Cit. p. 135). Le manque de maillage et d'ancrage culturel (dans la croyance, dans la structuration de l'espace également) dont il est question permettrait moins qu'avant encore de retenir les candidats à l'errance dans le socle commun.

Faisant appel à l'anthropologie de Marc Augé sur ce thème (1992; 1994), Fethi

[409] La répétition ne suffit pas à dépasser le traumatisme et utilise beaucoup d'énergie, d'où cette notion d'appauvrissement.

Benslama en vient à citer ce dernier : « la surmodernité est productrice de non-lieux ». Beaucoup de lieux modernes et urbains, dépersonnalisés et anonymes deviennent des lieux de passage. La surmodernité serait cette accumulation complètes de ce qui fait l'actualité de notre époque, avec « coexistence des contraire et des incompatibles»: on vivrait ainsi plusieurs espaces en un seul. Possiblement lieu (qui fait sens) et non-lieu (qui ne porte rien du symbolique partageable) se confondent pour certains.

Pour Benslama, la culture actuelle ne nous guide plus vers les grands mythes («métarécits ») mais nous oblige à nous inscrire dans une grande quantité de « programmes » (personnels). Il donne l'exemple de la pilule qui déprogramme le corps de la femme pour le reprogrammer autrement. Egalement, programmes scolaires, politiques, de vacances, domestiques… Si la culture limite, selon Freud (1971), les pulsions de chacun, les programmes modernes viendraient partiellement contrarier la commune frustration au profit d'un relatif détournement par plus de jouissance[410].

Fethi Benslama fait un parallèle entre le sentiment océanique décrit par Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1971), sentiment sans limite d'appartenir à un tout, à l'universel, et le vécu des errants. Freud dans son texte en venait à questionner les limites du Moi. Existent de nombreux cas pathologiques mettant en évidence le rapport modifié entre l'intérieur et le monde extérieur.

Benslama relit les réflexions freudiennes (l'extérieur n'est pas reconnaissance, par le Moi, du « dehors », Op. Cit. p. 136): l'extérieur n'est pas donné par la simple perception. Existe aussi le « champ phénoménal », « domaine de ce qui se manifeste et apparaît comme donné à la conscience » (Op. Cit. p. 137). « […] le Moi n'a pas affaire seulement à un espace perçu, mais à ce qui fait de l'espace « un monde », un monde extérieur où les choses apparaissent et se rendent manifestes. Cette manifestation crée simultanément le domaine de l'implicite comme réserve au-delà de l'‘apparence ». (ibid).

« Le monde pour le sujet humain n'est pas donné d'emblée comme espace extérieur, mais se forme à travers une genèse qui en fait une *extériorité intime.* Elle nous suggère que c'est cette extériorité intime qui se trouve mal constituée chez le sujet errant.
L'errant arpente la terre parce qu'il cherche dans l'espace ce qui ne se trouve pas dans l'espace, mais dans le champ phénoménal du monde, lequel est une création due à une « action particulière » à l'égard de l'objet. Tant que cette action ne se réussit pas, il ne peut trouver un lieu où s'arrêter et vivre » (ibid).

[410] Avec le risque de néo-sujets tels que proposés par J-P Lebrun (2007).

René Roussillon, quatre textes :

« L'errance identitaire » (1997) ; « Le besoin de sécurité » (2008) ; « La loi du plus faible » (2008). « Les logiques de survie et la rencontre clinique » (2012).

René Roussillon a beaucoup contribué, de sa place de psychanalyste et de professeur de psychopathologie clinique à l'Université de Lyon II, à la réflexion psychologique sur l'exclusion sociale. Il a travaillé depuis la fin des années 1990 en lien avec l'ONSMP-ORSPERE[411], ayant participé par exemple, avec d'autres universitaires lyonnais tels le professeur Bernard Duez, à des séminaires cliniques pluridisciplinaires (avec participation des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité pionnières), des journées d'études et congrès.

L'inspiration de René Roussillon ici provient avant tout de l'œuvre Donald W. Winnicott, de la question de l'effondrement et des agonies primitives.

« L'errance identitaire » (1997)

René Roussillon aborde ici les effets de sa condition sur la subjectivité de « l'exclu », quelles que soient les raisons cumulées ayant mené à l'exclusion sociale. Il parle d'une double présence interne menaçante dans un tel état: à la fois d'une souffrance psychique et d'une « menace narcissique identitaire ». L'aide à apporter à l'individu concerné serait à envisager d'évidence selon l'angle de l'aide sociale mais tout autant selon celui de l'aide psychologique pour cet auteur : *« le mépris de la composante psychologique et des aspects psychiquement réactionnels de l'exclusion ne peut aboutir qu'à des formes de révolte ou de sabotage conscient ou inconscient, parfois manifeste, souvent plus implicite mais non moins efficace ».*

La souffrance psychique liée à l'exclusion est inévitable et, pour Roussillon, atteint le niveau de l'identité du sujet y étant confronté, qui se trouve là en *« état de détresse ».* Cet état touche l'individu « […] confronté à des montées de tension internes issues de différents « besoins » fondamentaux qui ne sont pas que des besoins physiologiques mais aussi des *« besoins du Moi »,* qu'il ne peut gérer à l'aide de ses seules ressources internes. C'est *un état sans recours interne*, sans représentation et sans issue dans ses formes premières et fondamentales » (1997, p. 84). Devant ses propres limites, le sujet doit faire appel à autrui. Le manque induit par l'état de détresse oblige à la dépendance.

« L'état de détresse transformé en état de manque est ainsi l'état psychique subjectif qui préside à la socialisation » (ibid). Le sujet ne peut se maintenir qu'avec l'aide d'autrui et ne peut se structurer qu'avec ce recours. Cela suppose une réponse aidante à différents niveaux pour rendre le manque supportable. « L'attente de cette réponse, la promesse de dette réponse, forment la base du « contrat narcissique » qui fonde le

[411] Observatoire national des pratiques en santé mentale et précaire - Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion. Ce lieu a été dirigé par le Docteur Jean Furtos depuis sa création en 1996 jusqu'en 2013. C'est depuis le Docteur Halima Zeroug-Vial qui en a repris la responsabilité.

contrat groupal, le contrat social ou le contrat de socialisation ; c'est un contrat d'inclusion [412] . […] L'identité de chacun, issue de la reconnaissance et de l'appartenance ainsi impliquées, va être construite sur ce fond » (ibid). Le contrat narcissique est d'abord mis en place familialement (c'est l'Œdipe). La famille est la forme la plus proche du groupe social. Elle est en quelque sorte déléguée par celui-ci pour transmettre ses fondements en incarnant le contrat narcissique sociétal.

L'identité de chacun se constitue sur le processus de symbolisation. Celui-ci contient toutes les « promesses » que le contrat narcissique met en conditions.

Les réponses familiales ou groupales insuffisantes à contenir l'état de manque d'un sujet amènent à des conséquences sur ce dernier : « A la place d'un état de manque, qui contient l'espoir d'une réponse suffisamment adaptée, commence à s'établir *un état de désespoir* qui, s'il dure trop, menace l'organisation même de l'identité, ses fondements, en tout cas l'identité fondée sur le contrat narcissique de base, et les bases de la symbolisation qu'il détermine » (ibid).

Roussillon fait référence aux situations extrêmes au sens de Bruno Bettelheim[413] : ces « […] formes de détresse ne peuvent plus s'organiser dans un rapport au manque et à l'autre, qui ont désespéré de tout recours, et tendent à être *à l'origine du vécu de mort identitaire (vécus d'agonies primitives décrites par Winnicott).* Ces situations peuvent être rencontrées dans la première enfance, elles sont à l'origine d'un état psychotique ou d'une « tendance antisociale », mais elles peuvent aussi, dans certaines conditions être rencontrées ou réactivées plus tardivement dans les situations d'exclusion sociale. Le vécu d'exclusion identitaire commence à apparaître en effet quand les « réponses » prévues dans le contrat narcissique (conscient et inconscient) ne se produisent plus, quand le contrat narcissique passé avec le groupe ainsi « dénoncé » par l'absence des réponses attendues, ou que les exigences liées à l'appartenance apparaissent inassumables au sujet. Si la situation se prolonge au-delà d'un certain seuil, différent pour chacun en fonction de son histoire singulière, le sentiment d'appartenance est menacé et, avec lui, les assises du sentiment identitaire lui-même » (ibid).

Le manque se maximise et devient souffrance psychique en même temps que la capacité de penser et de symboliser, de se représenter, de tolérer, s'étiole. *Non seulement le sujet souffre mais advient une « désignification » de la situation : le sens se perd au profit d'un sentiment « d'absurdité puis de désespoir ». De ce pas est issu ce que Roussillon appelle « un état de type agonistique »[414] venant attaquer « les*

[412] Voir notamment la partie I-1-2 dans le présent travail.

[413] Déporté dans deux camps de concentration sous le régime nazi, Bruno Bettelheim s'est trouvé mis en face de l'expérience qu'il baptise "situation extrême", situation envisagée par le sujet concerné comme devant irrémédiablement le mener à être (intentionnellement qui plus est) détruit. Cette expérience aurait conditionné toutes les actions ultérieures de la vie de cet auteur. Nous renvoyons au recueil de textes de 1979 de B. Bettelheim intitulé « Survivre ».

[414] L'état agonistique décrit par Roussillon est inspiré des notions de « situation extrême » de Bruno Bettelheim, de « terreur sans nom » de Wilfred Bion et « d'agonie primitive » (expériences de mort psychique, d'anéantissement de la subjectivité) de Donald Winnicott (R. Roussillon, 1999). Souffrance psychique extrême, la terreur agonistique comprend la frayeur totale vécue dans la situation et la réaction qu'elle suscite. Elle se caractérise par le fait d'être sans limitation et d'être accompagnée de ce fait d'une nuisance désorganisatrice ; elle ne peut être résolue (pas de représentation). Le temps est suspendu, ou la nociception si longue, que le sujet fait l'expérience du désespoir sans qu'aucune aide ne soit plus espérée (désaide totale).

assises identitaires », « le fonctionnement du narcissisme et de l'estime de soi ». «L'agonie psychique » est une souffrance identitaire (c'est nous qui soulignons).

La réaction commune à cela serait de l'ordre d'une « montée de rage impuissante et/ou de violence » (Op. Cit. p. 85). Cependant les réactions n'ont que peu d'effet sur ce qui produit la souffrance, surtout dans le contexte de l'exclusion sociale qui présente « un caractère diffus, incernable » selon l'auteur. La violence ici peut même renforcer une rétroaction négative, aggravant le sentiment de perdition (si la violence s'exprimait socialement, les autres le rejetteraient d'autant plus). Le sujet peut aller jusqu'à souffrir d'un état de « mort psychique » (ibid).

La réaction alors est paradoxale : survivre en se coupant de la part de lui qui est menacée d'anéantissement. « Pour « survivre » paradoxalement, il doit s'abandonner lui-même, se retirer de lui, s'exclure à son tour de lui-même. […] La manière dont le sujet se déchire (…) évoque le clivage du Moi, entendu comme un processus par lequel le sujet se retire de lui-même dans son déchirement », ce qui l'extrait au-delà de l'éprouvé : il ne ressent plus la souffrance, le manque, la présence à soi-même. «Il s'est retiré des parties de lui affectées par l'expérience agonistique » (ibid).

Notons que nous trouvons chez René Roussillon le détail du mécanisme que Jean Furtos a appelé, dans les années 2000, le « syndrome d'auto exclusion »[415].

Ce processus décrit serait pour Roussillon comme une crise ou plus précisément comme « une solution à la crise agonistique », *réversible seulement jusqu'à un certain point.*

Si elle se prolonge, ce sont ces mécanismes de crise qui prennent le pas, « selon cette modalité extrême ». Si le traumatisme prend fin, les effets sont encore présents : «reste à traiter l'effet sur la subjectivité du fait d'avoir dû avoir recours à cette procédure de survie qui laisse des traces même après sa disparition actuelle » (ibid)[416]. Le risque est un retour (répétition hallucinatoire automatique, compulsion de répétition) tant que le vécu agonistique ne trouve pas une forme psychique recevable/intégrable, tant qu'il reste hors de la symbolisation.

Le sujet peut en venir, au plus grave, pour se protéger de la répétition, à s'organiser contre le retour de la part de lui-même dont il s'est clivé : *« […] le sujet a dû s'exclure de lui-même mais en plus il lutte activement contre la réintégration de ce qu'il a exclu de son identité ». « […] Se désolidariser d'avec la partie exclue de lui-même » l'amènerait à entrer […] dans une position d'errance, sans manque, sans assignation, sans appartenance, s'organiser contre toute appartenance ou toute assignation » (ibid[417]).*

[415] Voir dans le présent travail la partie II-2-2.
[416] Le texte de l'ethnologue Patrick Gaboriau intitulé « Dialogue avec Didier » (in 1995) vient assez fidèlement imager cette remarque.
[417] C'est nous qui soulignons.

Soigner l'exclusion nécessite donc de soigner aussi les conséquences sur l'identité et le narcissisme du vécu extrême d'exclusion. Roussillon prévient d'une capacité à convoquer chez le thérapeute et l'accompagnant au sens large : supporter l'ingratitude, les réactions thérapeutiques négatives, pour résister à ces attaques et au désespoir.

Le besoin de sécurité (2008a)

René Roussillon axe ici sa réflexion sur la sécurité en tant « qu'enjeux (fondamental) de toute vie sociale ». Il distingue l'insécurité de l'anxiété et de l'angoisse, malgré le cousinage de ces affects. Il conçoit l'insécurité, notion quasiment absente du corpus théorique de la psychanalyse souligne-t-il, comme « [...] le sentiment d'une menace plus ou moins permanente, et plus ou moins indépendante de soi et de ce que l'on fait, donc plutôt en rapport avec un contexte d'environnement qu'avec une économie pulsionnelle propre » (Roussillon, 2008a, p. 50).

Il mentionne que la psychanalyse en France a délaissé la notion de besoin au profit du désir.

Si le *désir* est l'apanage des névroses et des perversions, le *besoin* serait celui de ce qu'il appelle les « souffrances narcissiques-identitaires ».

Le besoin de sécurité est par contre bien présent dans une approche connexe telle la théorie de l'attachement de Bowlby (sans y être plus théorisée). L'auteur rappelle que ce courant de pensée développe différents types d'attachements en fonction de leur rapport avec la sécurité : ils sont dits, en anglais, *secure* ou *insecure,* attachement sécurisant ou non. Dans ce dernier cas (insecure), les attachements peuvent être ambivalents, évitants ou désorganisés et sont en correspondance avec des tableaux cliniques spécifiques. Dans les plans d'expérimentation de l'école de Bowlby (la mère part, une autre femme la remplace, puis la mère revient), les réactions des enfants au départ puis au retour de la mère sont différentes. L'attachement sécure donnerait des réactions de crainte à l'arrivée de l'étrangère puis un contentement au retour de la mère; l'attachement insécure donnerait d'autres résultats :

_des réactions ambivalentes pour l'attachement ambivalent ;

_ des réactions de détournement actif de la mère en cas d'attachement évitant (non produit avec à l'arrivée de la femme étrangère) ;

_ des réactions de détresse sur tous les temps de l'expérience pour les attachements désorganisés.

Roussillon cite un psychanalyste hongrois élève de Sandor Ferenczi, I. Hermann, qui, par dans sa théorie portant sur *L'instinct filial* (1972) invente le *« besoin de cramponnement »* (Op. Cit. p. 51), rejoignant en cela le questionnement du besoin de sécurité du petit d'homme.

Roussillon estime utile de développer la notion de besoin de sécurité (étayée sur la clinique des états subjectifs de la première enfance) du point de vue psychanalytique pour aborder les « situations limites » mais aussi les situations extrêmes de la subjectivité et du sentiment identitaire, soit les « cliniques de la souffrance narcissique identitaire » et *« cliniques de la survivance psychique ».*

Winnicott propose de son côté la notion de *« besoin du Moi »* dans laquelle René Roussillon range le besoin de sécurité. Le besoin du Moi permettrait de souligner les besoins corporels liés à l'autoconservation somatique.

Roussillon reprend le fait que Winnicott ne définit pas pleinement son concept, mais en propose une utilisation dans la clinique. René Roussillon se risque à cette définition des besoins du Moi : *« tout ce qui est nécessaire au Moi, à un moment donné*[418]*, dans une conjoncture et un contexte donnés, pour qu'il puisse faire son travail de métabolisation de ses expériences subjectives (tache centrale du Moi-sujet) » (Op. Cit. p. 52). Le Moi-sujet est, pour Freud (in « Le Moi et le ça », 1923), constitué de représentations et transforme en représentations signifiantes (c'est le travail psychique). Ce travail se produit quand les conditions de besoins du Moi sont remplies.*

Le besoin de pare-excitation vis-à-vis de trop fortes quantités d'excitations est valable toute la vie. Les conditions de besoin de Moi nécessitent cependant d'être stimulées/éprouvées normalement pour être efficaces à remplir leur mission, au risque sinon de se tarir. Autre besoin du Moi : celui d'un environnement suffisamment constant (c'est-à-dire d'un autre suffisamment prévisible), repéré. Trop ou trop peu de mouvement amènerait une difficulté du travail de mise en sens du Moi.

Le besoin d'une stabilité suffisante constitue *le besoin de sécurité*, thème précis de l'article de Roussillon que nous étudions.

Ce besoin est primairement lié au besoin du corps et au corps à corps mère-enfant, d'abord éprouvé dans le holding (Winnicott). « Etre tenu, porté, mais aussi retenu et contenu dans des bras maternels ou, plus tard, dans une forme qui en même temps donne un lieu, une niche, une place, un « cadre » qui situe et étaye l'émergence du sentiment identitaire, me semble être la première forme corporelle de la sécurité » (Op. Cit. p. 54). Viennent aussi la constance des rythmes notamment et la continuité.

Un autre besoin primaire a été évoqué par Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1929) : la *slosiskeit*, ce qui se dit de celui qui serait sans lieu, sans place, « […] celui qui est errant, et donc aussi sans sens, sans assignation ». René Roussillon explique que c'est plus particulièrement René Kaës qui a souligné dans cet écrit freudien

[418] Ils ne seraient pas constants et intangibles, notamment en fonction du développement et de l'âge du sujet, en fonction de ce qui a à métaboliser : un moment traumatisant, une crise notamment identitaire, ne nécessitent pas des besoins identiques à une situation ordinaire. Pour citer Roussillon (page 53) : « C'est une partie importante du travail thérapeutique que d'évaluer quels besoins non reconnus et non satisfaits sont à l'origine de l'échec du travail de mise en sens, ou des particularités qu'il a été contraint de revêtir ».

l'importance de cette notion. Notons que la *slosiskeit* a été reprise par Jean Furtos dans son texte de 2009 intitulé « Souvenirs et acquis de séminaires sur l'articulation de la santé mentale et de la précarité » (VST N°101, pages 10-15). René Roussillon propose de donner le sens de « non appartenance » à ce terme freudien et *angoisse de non appartenance* au terme de *zwangslosiskeit.* Il s'agirait d'une notion proche de celle de *hilflosiskeit*, l'état de détresse. Ajoutons que des notions proches comme *la désaide*, la problématique freudienne *d'individu sans secours*, sont évoquées dans la partie II-20 de cette recherche.

« Ainsi aussi la menace d'être tenu « en dehors de », au dehors d'un lieu physique, les bras maternels, le giron, d'en être exclu, puis, par métaphorisation, hors d'un lieu symbolique, d'être mis en « exil » du lien, du groupe, de toute appartenance en somme… affecte aussi le sentiment de sécurité de base » (ibid).

Si l'on admet que les états psychiques du nourrisson sont divers, ils nécessitent, pour qu'un sentiment d'identité se construise, de se rassembler, ce qui ne pourrait advenir que par les vertus de *la continuité*. A l'opposé, les changements trop fréquents, brutaux, imprévisibles menacent la sécurité de base.

Le besoin de sécurité est lié au premier objet, à l'objet maternel (objet *care giver)*. La communication primitive, période d'ajustement des interactions pour mettre en place le système de communication, sensori-motrice dans son essence, rend possible le sentiment de sécurité (de base) et offre à l'infans la possibilité de proto-représentation de lui et de lui dans la relation à l'objet investi.

Dans la communication mère-bébé, les postures habituelles vont se charger de sens, le langage de l'échange devenir protosymbolique et progressivement exportable dans d'autres situations que celles du milieu le plus immédiat. Le langage et l'expression symbolique sont issus de ce décollement. Ceci va devenir particulièrement utile pour l'expression des états internes de l'enfant à l'adresse de l'objet investi, ce qui correspond aussi à un besoin.

Winnicott a pu saisir que la mère suffisamment bonne peut refléter à son enfant l'état interne de ses affects. Le développement de ses capacités à faire connaître ses états internes vise à les exprimer à la mère mais aussi à capter les retours que celle-ci lui offre de lui-même. « Autrement dit, la reconnaissance par l'objet de ses état internes fait intégralement partie de de la structuration de son système de repère, et donc est une pièce importante de la régulation de son sentiment interne de sécurité » (Op. Cit. p. 58).

L'objet *care giver* quand il est présent autorise à ce que l'enfant puisse expulser ses excitations négatives (et menaçantes); son absence ou sa perte empêche cette décharge et ainsi renforce le malaise jusqu'à pouvoir mettre en risque l'organisation psychique.

Roussillon propose l'hypothèse que le sentiment de sécurité se lie à la disponibilité pour le sujet/bébé « d'un mode de décharge des excitations » (Op. Cit. p. 59).

« Ainsi l'enjeu des formes de la communication primitive est-il étroitement dialectisé avec la question de la reconnaissance des états internes, et celle-ci avec la question du sentiment de sécurité » (ibid).

La loi du plus faible : les stratégies de survie (2008b)

Avec Freud, nous considérons que la norme du fonctionnement psychique respecte le principe de réalité, supposant la capacité de différer le désir, de l'aménager, d'accepter de ne pas être dans la toute-puissance, de devoir faire des choix, des renoncements valorisant la rupture avec les illusions infantiles et l'inscription dans ce que René Roussillon baptise les « logiques d'espoir », « logiques de grand » pour l'enfant. Il précise que l'homme « […] ne quitte pas la logique du principe de plaisir » (Roussillon, 2008b, p. 134) mais bien ses formes infantiles. Le principe de réalité serait une logique d'espoir selon laquelle « renoncer apporte plus que ce à quoi, de toute façon, il fallait renoncer» (ibid).

Les personnes exposées à la rue (états de détresse et de souffrance psychique liées à la précarité sociale) *ne sont plus animées par les logiques de l'espoir. Le renoncement ici est synonyme de perte et non de gain,* soulignons-nous. Ce serait l'impasse du principe de réalité et de la norme courante. Quelle nouvelle norme en pareille circonstance?

René Roussillon parle des « solutions de survie» : « […] (si elles sont) « anormales » du point de vue de la logique du renoncement, elles sont en revanche « logiques » dans les situations d'impasses existentielles. A situations limites ou extrêmes de la subjectivité, mesures extrêmes » (Op. Cit. p. 135).

Selon l'auteur, la tâche première consisterait à « cerner l'impasse » étant en train d'être supportée. Tant que ce non-lieu, cette impasse n'est pas désignée, « […] tant qu'elle est de fait, pas de révolte envisageable. *Là où la logique du principe de plaisir tend à intérioriser les responsabilités, faire du sujet le héros de l'histoire pour lui donner une prise sur les événements, la logique de survie, ce que j'appelle ici la loi du plus faible, substitue la recherche d'un objet extérieur, cause et agent de l'impasse. Deux processus sont donc ici en cause, d'une part cerner l'impasse, la circonscrire, d'autre part l'attribuer» (Op. Cit. p. 134-135)*[419]*.* L'attribution serait pour Roussillon à la fois mécanisme projectif mais aussi « […] condition de possibilité de tout traitement » (ibid).

« L'impasse ne peut être traitée « de soi à soi », elle doit être traitée par au moins plus d'un autre, elle doit impliquer l'autre, lui être adressée » (ibid). Quand ce mécanisme de repérage ne fonctionne pas, « […] la situation-cause du vécu d'impasse constitue

[419] C'est nous qui soulignons.

déjà une première mesure de survie, elle permet de localiser le problème et donc de pouvoir mettre en œuvre des mesures d'évitement » (ibid).

René Roussillon fait référence à *l'Eloge de la fuite* d'Henri Laborit (1976)[420]. Selon le principe de réalité, la confrontation au déplaisir permet de trouver des voies de dégagement (négociées). En cas d'impasse, de survie, quand n'est plus préservée une quantité de plaisir de vivre, quand on est perdant, il serait au contraire nécessaire d'éviter, le sujet étant en incapacité à penser tranquillement, avec «[…] une sérénité, en un mot une force que le sujet ne possède pas » (ibid). *En d'autres termes, la loi du plus faible, c'est la fuite* nous dit l'auteur. Mais celle-ci, l'éloignement de la source désignée du déplaisir, n'est pas toujours possible.

Dans cette occurrence, Roussillon liste un premier danger qui serait de s'approprier l'impasse, d'en faire un « style de vie », comme un choix plutôt que comme une obligation ou une emprise. Il s'agirait d'un « brouillage » ou d'un « retournement » dans le contraire. « On peut ainsi brouiller les différences entre bon et mauvais, entre bien et mal, entre retourner l'un dans l'autre, transformer la souffrance en plaisir, affoler les logiques du dominant qui vous menace, développer une paradoxalité de défense contre le paradoxe » (Op. Cit. p. 137). L'auteur appelle ceci les « défenses paradoxales» et correspond à ce que Jean Furtos (2008, p. 119) décrit sous l'appellation «syndrome d'auto-exclusion »[421] chez certains individus désocialisés.

Un second cheminement dangereux pour le sujet tiendrait de *la « fuite en dedans »* (ibid) ou d'une « fuite d'une partie de soi » en opérant ce que Roussillon propose d'appeler un « clivage au Moi » visant la disparition de la souffrance au lien qui aliène : « se morceler pour mieux échapper à l'emprise de ce qui vous tient et vous met dans l'impasse. *Quand le piège suppose l'unité, la continuité d'être, la solution peut se trouver dans le renoncement à cette unité, dans la multiplication des « soi », la parcellisation de soi », pour protéger ajoute-t-il « une partie secrète de soi de l'intrusion des facteurs d'impasse au-dedans »* (ibid).

Autre possible, celui du brouillage des limites pour permettre au sujet de « tenter de se rendre incernable » : ici sa forme deviendrait floue. Si la limite est valable en contexte de « primat du principe de réalité », elle ne l'est plus dans le primat du principe de survie, selon la loi du plus faible.

Ces trois notions (brouillage, clivage, brouillage des limites) ouvrent ainsi à la plongée du sujet dans un autre ordre ne dépendant plus du principe du respect de la réalité. C'est une nouvelle norme qui se définit ici.

[420] Ouvrage auquel nous faisons aussi référence dans la partie II-16 de cette recherche.
[421] Nous abordons ce travail dans notre partie II-2-2.

Pour Roussillon, ces recours défensifs ne deviennent psychopathologiques que lorsqu'ils deviennent, s'ils le deviennent, *chroniques,* c'est-à-dire quand le retour en arrière après la nécessité, n'est plus possible. Egalement, c'est lorsque le sujet après coup ne peut sortir des sentiments de honte et de culpabilité au regard précisément de la norme du respect du principe de réalité (qui n'était pas opérante lors de la survie).

Les logiques de survie et la rencontre clinique (2012).

Les situations extrêmes de la subjectivité poussent à mettre en œuvre des stratégies de survie. Quelles sont les caractéristiques de ces tableaux cliniques qui amènent à ces « situations extrêmes de la clinique » ? Roussillon nous introduit à l'idée qu'ici *le sujet peut être en excessive difficulté pour se maintenir comme sujet*, pour continuer de se subjectiver. Il évoque aussi les situations extrêmes de la pratique du clinicien du fait des aspects du « transfert de l'extrême », aux limites de de la position clinique, c'est-à-dire « quand les conditions d'une pratique clinique sont poussées à l'extrême» (Roussillon, 2012, p. 289).

Des situations extrêmes de la clinique et de la subjectivation dépendent les dispositifs leur étant dévolus. Au-delà de l'impuissance et de la détresse (que tout un chacun rencontre, dont la reconnaissance détermine nécessairement notre développement), les situations extrêmes comptent des affects moins organisés. La souffrance psychique a un sens en conditions normales, « elle appartient à l'humaine condition » dit l'auteur. En situation extrême, l'affect est de l'ordre d'une « douleur extrême », «douleur sans sens acceptable, en ceci qu'il s'agit d'une douleur déshumanisante, absurde» (Op. Cit. p. 290).

Existerait ici un autre affect particulièrement désorganisateur: ce que Freud appelait *l'effroi*, ce que Bion baptisait *« terreur sans nom ».* Roussillon ajoute que la durée de la nuisance est si longue « […] que la notion du temps lui-même se perd ; elles se présentent alors à la subjectivité comme des expériences « sans fin », sans limite », ce que Roussillon appelle *éprouvé agonistique*. « L'idée d'agonie souligne la question de la confrontation avec la question de la mort, de la mort psychique et la question de la « survivance » qui lui est étroitement corrélée » (ibid).

Autre élément lié aux situations extrêmes : la répercussion traumatique par leur aspect irreprésentable, ne pouvant être signifié. *Si une douleur psychique n'est pas prise dans un champ symbolique, comment peut-elle être endurée ?*

La désorganisation viendrait de *la perte du sens de la souffrance* : les situations extrêmes sont à leur survenue ni logiques, ni représentables, ni symbolisables.

N'existe pas en ces cas de distance entre la chose et sa représentation, « […] ce qui pourrait être une assez bonne représentation de la pulsion de mort » (ibid).

Sans possibilité de secondarisation après-coup, le recours psychique normal est la fuite ou l'évacuation de la situation générant le traumatisme. Quand la fuite motrice est impossible, cela signe l'entrée dans la situation extrême. Il n'y a aucun recours externe pour faire cesser la nociception, la révolte est impossible: il y a *« impasse subjective».* C'est cette impasse qui serait à l'origine d'une modification des repérages: le paradoxe prend le pas (plus on essaie, moins on réussit). « Le vécu d'impasse contribue à donner l'impression d'une situation insensée » (Op. Cit. p. 291). Maintenant, le choix n'existe plus au profit de l'obligation, de la contrainte, allant avec la compulsion de répétition nous dit l'auteur. Plus rien n'est ici satisfait/satisfaisant.

« Un état de désespoir absolu s'installe alors petit à petit, état de perte de toute forme d'espoir lié à la rupture du « contrat narcissique » (Aulagnier, 1975) et du « contrat symbolique » qui relient de manière plus ou moins implicite le sujet au reste de l'humanité, qui « l'inscrivent » dans l'humaine condition ». La « mort » de l'humanité s'accompagne d'une perte de dignité humaine, comme cela est souvent relevé et, au-delà de la honte, elle produit une forme de déréliction qui boute le sujet hors de l'humaine condition. Il est alors pris dans un sentiment de solitude inexorable, se sent jeté hors de la communauté humaine, hors de l'ordre symbolique qui l'organise et la fonde. Evoquer la honte n'est alors qu'une approximation de ce que le sujet menacé d'annihilation peut éprouver. Ou alors il faudrait évoquer des formes de hontes extrêmes, de « honte à mourir », dans laquelle celle-ci a perdu toute valeur de signal d'alarme et où la confusion du sujet est telle qu'il n'a plus qu'à disparaître » (ibid). *La situation extrême projette hors de l'humaine condition. C'est une forme de désocialisation pour Roussillon.*

Les stratégies de survie sont mises en œuvre pour ne pas mourir, puisque ces situations sont précisément mortelles. Le fait de rester en vie n'empêche pas « l'agonie psychique ». « On ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut « survivre psychiquement », mettre en œuvre des stratégies pour survivre, ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir » (Op. Cit. p. 292).

Dans les stratégies de survie, la défense que le sujet trouve consiste à se retirer de lui-même ou d'une part de lui-même, « de son expérience subjective ». « Il s'agit là d'une défense qui plonge ses racines dans le fond « animal » de l'espèce » (ibid). Il n'est pas question ici d'une logique de castration mais bien d'une forme d'amputation: ne plus se sentir l'effroi ou la douleur. « […] se couper de soi pour survivre, ne plus se sentir pour ne pas mourir de ce que l'on sentirait de soi, se retirer de soi, de l'affectation de soi, se tuer donc… pour survivre » (Op. Cit. p. 293).

Le principe de plaisir n'est ainsi plus aux commandes : le sujet y renonce, au profit obligatoire du principe de survie. Cet état n'est pas toujours réversible.

Roussillon insiste sur *la nécessité de traiter psychiquement dans l'après-coup les effets de la survie car ils tendent gravement à se répéter, actualisés à nouveau sous forme hallucinatoire, venant comme tentatives pour intégrer ce qui ne l'est (toujours) pas.* «[…] quand la situation extrême a cessé au dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle

hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de la répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces » (ibid).

Ce qui se répète, c'est « l'agonie première » pour l'auteur. Le sujet qui peut devenir « résiliant » ici serait celui qui aurait pu profiter d'une relation à autrui permettant la métabolisation de ce négatif.

Roussillon estime que la possibilité de métaboliser le traumatisme dépend de plusieurs facteurs : l'âge, le degré de maturité de l'appareil psychique*. Plus le sujet est immature, plus l'effet traumatique de la survie sera puissamment désorganisateur,* selon pour ce psychanalyste.

Egalement, la durée de l'exposition aux nociceptions sera déterminante.

La possibilité de récupération de l'enfant est liée à la qualité antérieure de son développement psychique. La qualité sécure des liens et la qualité soignante sont aussi d'importance pour l'avenir de l'identité du jeune sujet.

Lorsque la récupération vers la vie n'en va pas ainsi, quand la « résilience » n'advient pas, le sujet reste dans ses mécanismes de survie. Existent ainsi des cas dans lesquels la dynamique de survie (et non une économie de vie ») s'est installée durablement après le traumatisme inaugural.

Différentes stratégies :

_ les « galériens volontaires » : traumatophiles, ils recherchent la situation extrême mais en le décidant et en y développant différentes techniques pour aménager la situation, par un désir de maîtrise plus que par une possibilité d'élaboration. « C'est aussi ce qui peut pousser les sujets, quand il s'investissent dans un rencontre clinique, à porter celle-ci à sa limite ou à son extrême ». (Op. Cit. p. 295).

_ Contre le retour des traces traumatiques, il peut y avoir essai de neutralisation par contre-investissement. Il y a ici évitement, recours « phobique » mais non circonscrite à l'objet en tel contexte (il y a échec de la défense dans ce sens). De ce fait, la neutralisation est accompagnée par une stratégie « de neutralisation « énergétique » et affective » nous dit Roussillon (ibid). La vie relationnelle, pulsionnelle glacée par le retrait affectif (retrait par répression des affects). Le « pare- excitation » devient ici un « pare-contact ». Il y a perte de la compassion/empathie pour l'autre comme pour soi-même, avec pour conséquence une organisation de ce fait « en marge du socius » (Op. Cit. p.296). Les affects non partagés amènent le sujet à s'exprimer avec des «passages par l'acte ». La relation clinique en est saturée. « L'investissement des objets inanimés[422] et de leur valeur autosensuelle (voire certains animaux pour les mêmes raisons), sert alors de refuge à des pans entiers de la vie psychique des sujets,

[422] Voir Alain Ferrant, 1997.

il prend le relais de l'investissement des autres sujets : ils sont moins dangereux, potentiellement moins décevants, ils préservent plus l'équilibre narcissique du sujet » (ibid).

Le temps aussi est gelé.

« Les stratégies de survie sont toujours fondées sur le sacrifice de l'un ou de l'autre des grands processus de la vie psychique, sacrifice de la pulsion, sacrifice de la temporalité, sacrifice de la vie affective, de l'éprouvé. […] L'idéal est bien sûr que le sacrifice soit le plus limité et localisé possible […], l'étayage de cette « localisation » sera d'ailleurs souvent la première des entreprises thérapeutiques à mettre en œuvre». (Op. Cit. p. 296-97).

Roussillon ouvre à la question des dispositifs, après ces réflexions cliniques. Il note que des *attitudes corporelles* ou des manières d'utiliser le cadre des séances thérapeutiques existent dans les cures qui révèlent d'importants traumatismes anciens (primaires) : des postures corporelles peu classiques (en boule, déambulations, …); retards ou séances interminables ; tenues vestimentaires à multiples épaisseurs ou dénudées ; modes d'expression additionnels à la parole (dessins, dossiers, écrits, objets…). Ces éléments d'une nouvelle position analysante peuvent être transitoires (« traversée d'un moment d'agonie transférentielle ») ou durer, après que les sujets les aient inventés. Ils relèvent d'un montage pour partager par l'acte, le psy devenant le « miroir du négatif » de la vie psychique de ces patients qui *« […] tendent de lui faire éprouver ce qu'ils ne peuvent souffrir des vécus agonistiques issus de leur faille traumatique primaire »* (Op. Cit. p. 298).

Le praticien se doit ici de détecter et lier ce qu'il voit à ce qu'il entend. Le corps de ce dernier est convoqué dans cet exercice, « […] fait partie intégrante du dispositif d'écoute » (Op. Cit. p. 299).

Autre aspect de ces entreprises thérapeutiques pour René Roussillon: *« L'apprivoisement ».* Sans demande claire, formelle, «l'état de détresse manifeste, le désespoir, est quand-même une indication de soin » (ibid). Le soin est ici paradoxal avec ce type de départ. De plus, il s'agit d'entrer en matière en respectant les défenses des stratégies de survie, « dans une alliance relative avec celles-ci » (ibid) même si le but thérapeutique peut être la déconstruction de leur effet « trop dirimant » (ibid), trop radicalement empêcheur de la liberté du sujet. La prise en charge se doit d'être « sur mesure », « bricolée », parfois jusqu'à aller à rencontrer ces sujets sur leur terrain de vie selon les modalités de ce que l'auteur baptise « l'apprivoisement progressif du lien» (Op. Cit. p. 300).

Les individus traumatisés évoluant selon une économie de survie perdent tout sentiment sécure en lieux inconnus. Ils ne peuvent alors être en capacité de détendre leurs défenses pour évoquer les souffrances internes. Obéissant à « la loi du plus

faible»[423], les ouvertures à soi sont bloquées. Ceci justifie que le clinicien soit mobile pour rencontrer le sujet sur le terrain le plus propice : chez lui, dans son foyer.
Roussillon cite l'exemple de la « kitchen therapy » dans des familles pauvres du Michigan de S. Fraiberg (Op. Cit. p. 302) où les rencontres s'opéraient journellement ainsi (contexte de jeunes mères avec leurs bébés en souffrance).

Reprenant la question des « besoins du Moi » de Winnicott dans ce texte, René Roussillon en rappelle sa définition (que nous rappelons vacante chez Winnicott) pour ce qui concerne l'élaboration des situations de traumatisme: « ce qui est nécessaire que l'environnement fournisse au sujet pour qu'il puisse effectuer son travail d'intégration subjective des expériences psychiques impliquées » (Op. Cit. p. 303). Il appuie sur l'intérêt de la survie du lien (thérapeutique), sur la constance de l'humeur du clinicien, la clarté de sa manière d'être. Le sujet doit y sentir avant tout « […] la «solidarité humaine de base » nécessaire à tout travail de symbolisation et de métabolisation de l'expérience vécue » (Op. Cit. p.304).

Roussillon conclue son article en reprenant l'aspect essentiel du retour/de la répétition des traces du choc psychique dans la rencontre clinique. Ces traces sont hors du temps, *éternisées* en quelque sorte[424], « de tous les présents » dit l'auteur (ibid). Il s'agit dans la rencontre clinique de commencer à la représenter, lui redonner contexte, histoire, donner récit au blocage subjectif.

Roussillon finit par deux faits courants en telles situations : l'absence de gratitude alors que nous développons une solidarité empathique importante et notre exposition aux négatifs, ceci nécessitant le fait de n'être pas seul dans la course (des appuis directs, des aides élaboratives par supervision…). Au-delà, notre action soignante nécessite ici plus qu'ailleurs de pouvoir être en contact avec ce qui en nous a fait le plus traumatisme (avec l'analysé de ce qu'il en fût), se rangeant en cela avec Bruno Bettelheim : « l'amour ne suffit pas ».

[423] Voir plus précisément le développement que nous donnons de ce concept de Roussillon plus haut.
[424] L'expression vient de la philosophe sémiologue Marie José Mondzain invitée au lendemain des attentats de Bruxelles du 22 mars 2016 dans l'émission *l'instant M* de Sonia Devillers sur France Inter. On trouvera l'enregistrement de cette émission à l'adresse électronique suivante: http://www.franceinter.fr/player/reecouter?play=1257919 .

Olivier Douville

La contribution d'Olivier Douville à l'étude de l'errance est de tout premier ordre. Nous avons déjà beaucoup référé dans nos lignes à ses travaux traitant avant tout explicitement de la question de l'errance adolescente[425].

Olivier Douville est praticien en psychologie et psychanalyse, enseignant et chercheur dans ces matières et en anthropologie clinique (que nous allons aborder). Il a très tôt appartenu au « Réseau Psychiatrie Précarité » issu du Samu Social de Paris avec notamment Xavier Emmanuelli et Sylvie Quesemand-Zucca.

Son travail porte sur ce que peut être l'errance extrême de certains jeunes gens en mal de liens et de lieux assurant l'amarrage de leur identité, la continuité de leur être et leur inscription trans-générationnelle. Ces très jeunes sujets, souvent pour des raisons relevant de l'Histoire et de ses effets destructeurs au cran générationnel précédant, relèvent de traumatismes majeurs et sont en voie de mélancolisation pour n'avoir pu suffisamment éprouver la vie au travers du filtre rassurant, contenant, structurant d'un milieu primaire vecteur de mots, de symbolisation, d'appropriation de sa propre trajectoire, milieu symbolique instituant une place.

Là où la déliaison semble l'avoir emporté, là où la pulsion de mort tend à hausser le ton, là où penser n'est plus ou pas une habitude, il est d'effort utile de reprendre, de comprendre les dynamiques humaines en étant héritières. Non de les exclure de nos compétences comme des « non indications » de nos thérapeutiques psychologiques issues de l'analyse.

Voilà un apport fondamental de ce penseur: constater que le monde est nécessairement en mouvement et non en constance, que les manières de vivre normales ou folles, peuvent emprunter des formes et des chemins différents, et que les cliniciens peuvent avoir leur mot à en dire à condition de ne pas simplement attendre la demande depuis le fond de leurs certitudes et de leurs bureaux. La science, même psychanalytique, n'est pas un domaine fini, ni un tombeau.

Dans ce sens, Olivier Douville fait partie des chercheurs qui bousculent constructivement et vigoureusement, critiquent et soufflent sur la poussière que certains avaient accepté de voir s'installer sur la psychanalyse notamment[426]. Très attaquée ces dernières années, ringardisée ou caricaturée[427], la pensée freudienne telle que défendue par Olivier Douville sort revitalisée.

Dans un univers moderne se définissant par la mobilité, l'instabilité, désormais aussi et à grande vitesse par la mondialisation des échanges, la tendance à se rattacher à l'idéalisé de l'avant est un piège, comme celui de la simplification de toute réflexion authentique.

[425] Voir notamment Douville, 2008 ; Douville O., Degorge V., 2012 ; Douville et coll., 2013 ; Douville, 2014.
[426] Comme tous les auteurs que nous utilisons dans cette partie de notre travail, chacun à sa façon.
[427] C'est ce qu'il ressort de l'essai du philosophe Michel Onfray (2010) sur Freud.

La mélancolie et les deuils sont des domaines très étudiés par Olivier Douville[428] et c'est notamment par ses contributions à ce niveau qu'il a participé aux développements intéressant le domaine psychiatrie-précarité qui est le nôtre.

De manière forte il défend, dans l'abord de l'errance, la rencontre clinique porteuse d'une parole, d'une tentative (au moins) d'élaboration, l'idée d'une rencontre possible, des possibilités expressives et curatives d'une « parole de bonne foi » (2012a, p. 176).

Olivier Douville et l'anthropologie clinique

C'est à son ouvrage de 2014 intitulé *Les figures de l'Autre* que nous nous référons pour cette partie.

L'anthropologie clinique se construit à partir de la possibilité de questionner le social et la culture à partir de la psychanalyse. Elle devrait pouvoir autoriser un dialogue entre anthropologie et clinique du sujet contemporain, c'est-à-dire dans un monde mouvant, instable, en interrogeant les institutions et les défauts d'institution du sujet (sources inconscientes du lien social). L'institution serait un lieu de mémoire, d'inscription de traces pour l'auteur, s'inspirant ici de Michel Audisio[429] et Michèle Cadoret.

Douville lutte contre l'idée (culturaliste) d'une définition « culturelle » de l'autre. En cela il s'oppose radicalement, comme Fethi Benslama, au modèle d'ethnopsychiatrie clinique proposé depuis les années 1980 par Tobie Nathan, notamment au travers du dispositif de son groupe thérapeutique associant plusieurs co-thérapeutes et l'idée d'un intérêt thérapeutique par la référence à l'origine culturelle. La pratique clinique oblige à une anthropologie suffisante[430] : de la maladie et des troubles en général ; des effets des migrations et exils dans la vie psychique ; dans la transmission de la vie psychique d'une génération à la suivante (2014, p. 6). Il propose cette définition (Op. Cit. p. 9) : « Qu'est-ce que *l'anthropologie clinique?* Nous la définirons comme un questionnement qui se penche sur les nouvelles logiques de subjectivation résultant des modifications des rapports sociaux. Elle ne saurait se réduire à une anthropologie médicale. En effet, tant que cette dernière se cantonne à la description des techniques de soin comme peuvent l'être les abords proposés par l'ethnomédecine, elle risque de faire l'impasse sur ce que tout modèle de la santé ou du bien être exprime d'une idéologie sur ce qu'est *l'anthropos.* Or cette idéologie est plus souvent masquée sous les impératifs du bien-être ou de la bonne santé, présentés comme allant de soi. De sorte que nous pouvons demander à l'anthropologie de fournir au clinicien des

[428] Voir son texte fondamental : (2001). « Pour introduire l'idée d'une mélancolisation du lien social », Cliniques méditerranéennes, N°63, Toulouse : Eres.
[429] Qui fût longtemps médecin chef du secteur 76G07 à Sotteville les Rouen, notre premier lieu de stage psychiatrique (sous la responsabilité de Madame Anne-Lise Diet), et enseignant contractuel à l'Université de Psychologie de Rouen jusqu'à la fin des années 80.
[430] L'auteur développe et approfondit ici les idées déjà en partie exposées dans ce texte en ligne : Douville O. ; Fotso-Djemo Jean-Baptiste, « Pas de psychologie clinique sans anthropologie clinique », 2010 ?, site personnel d'Olivier.

supposées clefs pour comprendre lesdites représentations du soin, de la maladie et de la relation soignant/soigné propre, prétend-on, à telle ou telle aire ethnique ».

Les mondes contemporains sont complexes, multiculturels (avec l'accentuation de la mondialisation, la maximisation des échanges). Les terrains anthropologiques ne peuvent plus être considérés comme ils l'étaient (excessivement déjà certainement) auparavant : stables, constants. L'anthropologie clinique propose un nouveau type d'objet d'étude : « la place que prennent les fictions identitaires dans la compacité du lien social » (Op. Cit. p. 23). Le mythe est défini ici comme contenant de « […] la matrice des répétitions signifiantes propres à la communauté » ; « la fiction a valeur et effet d'anticipation. L'énigme de sa fondation s'y dérobe et les romances, quant à la légitimité des places à tenir, s'y annoncent » (ibid).

Critique de l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux[431] par Olivier Douville

Tout en se référant très explicitement à son ancien maître Georges Devereux en de nombreuses occasions[432], Olivier Douville s'en démarque.

C'est avant tout la manière de définir la place de la culture en nous, en chacun, qu'il critique chez Devereux.

Citons Douville (2014, p. 8): « Notre rapport conceptuel et méthodologique à l'anthropologie est le suivant. Selon nous, l'anthropologie a pour tâche de produire une connaissance dégagée des préjugés des systèmes de valeur propre à telle ou telle société. L'anthropologie est le fait de scientifiques formés à l'école du concept et dont le projet s'adresse à l'humanité dans son ensemble. Cette discipline doit souligner l'unité humaine du système cognitif et du rapport aux interdits majeurs tout en soulignant la diversité des expressions et des formes culturelles, mais jamais en restant campée à un tel niveau ni par lui limitée. En cela, elle ne peut creuser le lit d'un ethnicisme sauf à se renier elle-même. Les anciennes rhétoriques et thématiques qui spécifiaient les échanges entre anthropologie et psychanalyse doivent donc prendre en compte une critique de la fabrication idéologique du référent ethnique afin de considérer les places que ce référent prend dans l'expression sociale des conflits subjectifs et collectifs, et dans les fabrications des dispositifs et des rhétoriques de ségrégation ».

Le passage suivant concerne les préjugés restant actifs en sciences sociales et en psychologie, laissant « droit de citer à des préjugés surannés » comme : « chaque culture est idéalement équilibrée et stable, ne se modifiant que sous le coup de changements imposés. La culture posée comme indépendante de l'histoire, tous les

[431] Nous avons commencé à parler de la critique que fait cet auteur de certaines notions devereusiennes en partie I-1-3, à propos du concept d'inconscient ethnique.

[432] Dans ses conférences, dans ses écrits : on soulignera ce qu'il en dit dans l'article intitulé « Quelques remarques historiques et critiques sur l'ethnopsychiatrie », 2000. Il reconnaît l'intérêt d'une double lecture des conduites d'un sujet, la manière de s'inconduire dictée par la culture n'escamotant jamais la motivation personnelle, idiosyncrasique, du sujet rappelle-t-il cependant. Le complémentarisme proposé est « […] donc fécond puisqu'il refuse de résorber la clinique dans l'anthropologie ou la sociologie ; mais il pose plus de question qu'il n'en résout » (opus cité, page 5).

individus considérés comme normaux par et dans une culture sont ethnicisés de façon homogène, chacun valant pour l'autre, tel serait l'horizon idéaliste de l'opinion friande de romances culturalistes. Il s'en conclue que les bouleversements sociaux et les conflits, et les exils, et les migrations tout autant, ne peuvent qu'avoir un impact de traumatisme égal pour tous, que ces changements et ces déplacements sont en eux-mêmes des facteurs d'angoisse. De là une compréhension qui rend systématique l'équivalence entre migration et trauma au risque de déboucher sur des modèles imaginaires du redoublement : double vulnérabilité de l'enfant de migrant, par exemple».

Santé et équilibre psychique ne dépendent pas uniquement de l'uniformité des modèles de la santé et de la guérison. La deuxième moitié du 20ème siècle a été marquée par des mouvements sociaux, culturels, politiques amenant morcellement et hétérogénéité. Quelles résistances à ces destitutions? Les mouvements d'indépendances, les décolonisations, avec des revendications ethniques fondées au nom d'une identité ethnique, nationale ou culturelle bafouée. Pourtant, la circulation mondiale (techniques, hommes, marchandises) rend l'hétérogénéité incontournable.

Les sociétés modernes (« il n'y en a plus beaucoup d'autres »), diverses et hétérogènes, ne sont-elles pas devenues banales au point de faire partie du quotidien des temps modernes ?

L'errance : une condition du sujet entre vivant et non vivant

En 2012, dans son texte « Grandes exclusions et corps extrêmes : de la fabrique du paria », Olivier Douville évoque les personnes en errance comme coincées dans un « irrésolu dilemme […]: suis-je mort ou vivant ? » (2012a, p. 176). Les errants précarisés aggravent leur situation par leur retrait psychique, s'isolent par des défenses venant anéantir leur condition subjective positive, s'anesthésient, s'absentent dans leur solitude totale. Jean Furtos (2008) et Sylvie Quesemand-Zucca (2007) l'ont aussi évoqué, cette dernière dans les cas extrêmes de ce qu'elle nomme « asphaltisation ». Dans l'errance, phénomène pathologique intimement noué aux déconvenues relationnelles subies et à la spirale auto-excluante devenue propre au sujet, celui-ci, mélancolisé (mortifié, vivant et mort), se trouverait dans un besoin traumatophile (Guillaumin, 1985) et de mouvement incessant pour se sentir exister.

Le corps dans ce contexte serait « […] seule possession psychique (pour lui), pellicule, peau, surface de cartographie, surface de trace » (ibid). Dans cette dynamique de rabougrissement de soi, le sujet en viendrait « […] à quitter tout lieu psychique qui lui était propre, pour être littéralement aspiré par l'Autre social, réduit à l'Autre méchant, celui qui porte préjudice » (ibid).

C'est en partant de cette connaissance que se fonde la clinique de l'aller vers, vivement défendue par Olivier Douville, démarche clinique se donnant comme objectif la création de restaurations minimales, par la parole (authentique, de bonne foi),

d'espaces habitables pour des aspects du sujet ainsi mortifié, un accueil de ce qui reste vivant en eux/pour eux.

Autres éléments sur l'errance (à l'adolescence)

Dans « Considérations sur l'errance grave de certains adolescents », jeunes gens qu'il nomme aussi dans ce texte « naufragés de l'errance » (2014b, p. 114), l'auteur propose une forme condensée de ses réflexions sur l'errance.

Selon lui, le futur errant, avant de le devenir, est exposé à un « non-lieu », un cadre développemental dans lequel les carences sont légion, jusqu'à interdire l'institution du sujet dans sa lignée, dans une place _ la sienne, son inscription institutionnelle, voire sa propre représentabilité en tant que sujet égal d'autrui, admis dans le groupe[433]. L'errance signe la désaffiliation (Castel, 1999) pour l'auteur.

Il ne tranche pas sur le statut de l'errance : est-ce une bonne ou une mauvaise défense? Permettant à beaucoup de *vivre quand-même,* elle interdit aussi la vie ordinairement instituée et enserre le sujet dans le réduit existentiel hagard qu'elle lui impose. *L'errance manifeste l'impossibilité de l'accroche des liens à l'autre, dynamique permettant d'être soi (et soi différencié) : il y a errance de lien pour Olivier Douville.*

A propos de la désaffiliation, il stipule que, d'une part, peuvent exister des situations pathologiques familiales qui les génèrent, mais aussi que notre monde social n'endigue plus les situations de ce type suffisamment. La faillite du politique lui semble claire à ce niveau, rejoignant ici Alice Cherki et Fethi Benslama précédemment mis en exergue.

L'errance est un phénomène complexe rappelle-t-il, avec des causes n'étant pas seulement psychiques mais aussi sociales, économiques, … « L'errance est un effet de cruauté dans l'échange social » (Op. Cit. p. 114).

Ce que l'on remarque sur le plan psychique, c'est qu'à cette cruauté s'additionnent les logiques activement négatives liées à l'auto-exclusion (J. Furtos, 2008) des sujets (adolescents) concernés.

«Un certain nombre d'adolescents tiennent à leur errance [434], tiennent à leur toxicomanie, tiennent à leur conduite sexuelle à risques, tiennent à leur violence, tiennent même, aussi surprenant que cela puisse paraître, à retourner contre eux la violence. Ils ont la particularité, pour ne pas dire le culot, de refuser le bien qu'on leur veut. Leur agir vaut comme symptôme et non comme exaltation du masochisme, il

[433] Nous sommes proches ici des questions tenant à l'institution de l'individu dans le contrat narcissique, concept de Pierra Aulagnier, citée dans cette thèse dans la partie I-1-2 et également utilisé par René Roussillon comme nous l'avons vu précédemment.

[434] Ces mots d'un autre texte de l'auteur peuvent être utiles à redonner ici : « Des pathologies *trans-structurelles* (toxicomanies, errances, anorexies…) sont aussi pour le sujet le moyens de poser question à ce qui donne consistance à la trace mnésique groupale, du lien entre l'être et la demeure, dans le social » (Douville, 2008, page 31).

contient leur question, celle de la valeur de leur être dans le monde qui se dérobe à eux » (Douville, 2014b, p. 115).

Les errants ne sont pas des fugueurs[435], il n'y a pas de retour ou d'intérêt du retour qui soit visé pour eux *puisque précisément, le départ de l'errant est le départ d'un non-lieu, au sens abordé plus haut, d'un locus parfaitement inhospitalier, non pourvoyeur de pulsion de vie.* « L'errant, c'est celui qui quitte non pas un lieu pour arriver dans un non-lieu, mais un non-lieu pour essayer de trouver, de creuser une anfractuosité de lieu dans les friches des espaces urbains » (ibid).

Aider psychologiquement les errants c'est, pour Olivier Douville comme pour nous, travaillant en EMPP, *aller vers eux*[436] et leur permettre de parler (progressivement)

« du lieu qui les a réduits à une position d'intrus, mais aussi de leur permettre de préserver des traces d'une humanité d'autrefois que la destruction de leur place dans la filiation n'a pas complètement réduite à zéro, qu'ils ne sont les enfants du vide, gagnés par la passion du vide» (Op. Cit.p. 116)[437]. Ces jeunes gens, parfaitement désespérés par leur non-lieu initial, n'ont pas d'attente vis-à-vis d'une réinscription dans la parole : ils ne seraient plus concernés par les questions d'identité, de leur propre identité. Au point que l'auteur puisse en venir à se demander « […] si ces sujets ont vraiment été mis au monde » (ibid).

Le non-lieu où nous les rencontrons est à la fois à préserver (il a le mérite de les «accueillir » et certainement moins mal que le non-lieu d'origine) et à critiquer (ce qu'ils font là doit nous faire problème). S'exprime ici l'auto-exclusion, pouvant aller jusqu'à l'annulation (transitoire) du ressenti de la douleur. Cette déshabitation de soi, de leur corps, est marquée par le désespoir de pouvoir atteindre l'autre (confirmant leur annulation au monde en quelque sorte).

Olivier Douville introduit (Op. Cit. p. 119) la notion de *« suradaptation paradoxale»* chez les jeunes errants socialement et symboliquement exclus, pour ne plus seulement penser « en termes d'adaptation et de socialisation ». Ceux-ci ne se présentent pas nécessairement comme des grands traumatisés (qu'ils sont pourtant sur le fond). *Ils vont se présenter comme aidants d'un autre en plus mauvais état*, autre camarade ou animal (autre double, nous semble-t-il), au risque de passer eux-mêmes inaperçus dans leur besoin d'aide du fait de l'ampleur du problème porté par l'autre.

Olivier Douville revient sur ces « couples » : ils seraient un moyen d'aller mieux avec une personne allant (encore) plus mal que soi. « Ils montrent, à travers ce couple […] qu'ils ne nous donnent accès à eux-mêmes qu'à partir du moment où nous avons fait la preuve que nous pouvons prendre soin des gens encore plus cassés qu'eux, et que

[435] On se réfèrera pour ce point, dans cette thèse, à la partie II-12.

[436] Insistons encore sur le fait que ces jeunes sont SDF également au sens de *Sans Demande Facile.*

[437] **Que ceci ne nous empêche pas de considérer que certains sont largement issus du vide, du rien, de l'abandon essentiel et de sa résultante, l'auto-exclusion fondamentale. C'est notre hypothèse concernant l'origine de l'errance. Quand il n'y a «rien eu», justement, la position soignante est d'autant plus compliquée puisque le relais associatif des idées sur une période antérieure meilleure est caduc. Il nous reste à déceler, toujours au cas par cas, *ce qui est le plus vivant* chez le sujet et essayer de l'exploiter pour entrer en relation : mieux vaut peu que pas, même si de cela dépend la possibilité d'action thérapeutique. Certaines fois, être là est la seule possibilité « d'action ». Ceci pour que leur « non-lieu d'accueil », en nous permettant la formule, ne soit pas pour de vrai un « no man's land ».**

nous les avons reconnus comme des êtres dignes préoccupés de la survie d'autrui » (Op. Cit. p. 123).

« L'adolescent « suradapté » a besoin de régresser pour reconstruire son identité, ses liens avec lui-même et avec autrui pour vivre enfin des rapports de confiance avec l'entourage. *Il ne convient pas de s'alarmer, d'assister à des régressions lorsqu'un «suradapté », se sentant en confiance et en sécurité, peut alors tomber ses défenses et béquilles psychiques »* (Op. Cit. p. 120).

L'adaptation n'est pas l'équilibre ou la santé. La résilience est un concept que Douville critique fortement, alors que la notion de « suradaptation paradoxale » relativise justement les adaptations et s'interroge sur le « coût psychique » de cette défense «parfois épuisante, ruineuse pour le psychisme du sujet ». Il ajoute : « il convient aux cliniciens de permettre à des jeunes de se passer de résiliences en « faux-self », et parfois d'allure psychopathique, afin de régresser utilement et de retrouver le point de leur développement où ils peuvent se retrouver dans un lien à autrui afin de restaurer ce lien » (ibid). Il met en garde sur le fait de conduire trop vite ces jeunes à parler d'eux, tentatives qui n'aboutissent qu'à des entretiens sans suite : « le sujet va se pétrifier dans une forme de récitation pseudo-symbolique de lui-même qui l'exclue du lien parce qu'il a peur du lien, peur que nous nous écroulions à mesure qu'il parle ; […] comment lui montrer que nous tenons le coup ? ». En ayant conscience de l'aspect porteur d'affect (et non d'émotion nécessairement) du discours en question. « Les grands affects qui ne trompent pas, l'angoisse, l'effroi, la honte, ne donnent pas naissance à des paroles qui seraient sans cesse rehaussées du piment de l'émotionnel ; d'autre part, l'affect est passé en nous. Nous vivons cet affect » (Op. Cit. p. 121).

Quand Douville parle de honte, il parle d'un sentiment profond, destructeur, «térébrant » [438] : « la honte d'être, d'être vivant, d'être au monde », comme si le sujet ici se disait : « puissé-je ne pas être né dans quelque monde que ce soit ».

Poursuivant : « […] est honteux celle ou celui qui ne s'en remet pas d'avoir été livré à un autre éhonté, celle ou celui qui ne s'en remet pas d'avoir été livré à quelqu'un qui lui-même n'a pas été arrêté par la honte » (ib). C'est avec ce type de « catastrophes subjectives » que nous avons à œuvrer.

En 2012, dans son article intitulé « De l'errance dans la ville moderne : perspectives cliniques et anthropologiques »[439], Olivier Douville campe deux types d'errance : l'une serait élaborative, permettrait que s'effectue psychiquement par son truchement pour l'adolescent concerné un « travail d'errance ». D'autre part, une errance pathologique, catastrophique, qui signerait la perdition du sujet.

Sur la première, il écrit ceci : «L'errance serait alors un essai de rigueur pour trouver au bout d'un épuisement[440], une possible bonne rencontre dans ce monde ».

---

[438] Façon de dire également employée par Maurice Corcos (2009) à propos de l'angoisse dans les états limites.

[439] In Marcel Sassolas. (2012).*Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques* « Santé Mentale », Erès. Pages 167-185.

[440] Rappelons le titre de l'ouvrage de Jacques Guillou en écho à cette expression : *Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou «au bout d'être énervé ».*

Discussion sur l'errance adolescente avec Olivier Douville

Si nous nous situons totalement en adéquation avec les points de vue cliniques mis en avant par Olivier Douville, nous ne partageons pas sa terminologie. Ayant choisi d'être entier et restrictif sur la définition de l'errance (vivre sans but), nous nous axons sur une population « authentiquement errante », sans accès à une autre dynamique.

Il n'est pas là question, comme il peut l'être de certains adolescents, d'une « errance élaborative », de *« travail d'errance »* (2012c, p. 167) au regard de la clinique, quand il s'agit d'une dynamique d'errance pleine et entière. Pour ces adolescents en recherche d'eux-mêmes (et non en fuite totale de leur être subjectif), nous concevons leur « errance » comme une forme de crise utilement démarchée par un travail clinique de transitionnel (Kaës et Al., 1979).

Nous sommes par contre tout à fait accordés avec la proposition de voir dans l'errance « une fugue ratée » (Op. Cit. p. 173).

Nous réservons le terme d'errance à la défaillance de personnalité, à une psychopathologie grave, en marche, et par ailleurs non délirante. L'adolescent (normal) est entre deux mondes, en crise, en attente de l'avènement de lui-même avec quelque angoisse, sans préconcevoir ce « futur lui ». En cela, nous ne suivons pas la suggestion: « Je propose de penser qu'adolescence et errance, au fond, c'est tout un, c'est tout comme » (Op. Cit. p. 170).

Pour résumer, Olivier Douville pose l'adolescence comme une recherche de symbolisation de l'expérience vécue et en cours et le fait de pouvoir être accepté favorablement dans l'Autre, se sentir « hébergé, accueilli, reconnu » (Op. Cit. p. 171).

Nos « errants authentiques » correspondent aux plus graves des sujets abordés par Douville, « des sujets en empêchement d'errance (dans l'acception élaborative), qui résistent à sombrer dans quelque chose de la catastrophe de l'errance » (Op. Cit. p. 170).

Nous sommes aussi tout à fait en phase sur le plan du dispositif clinique et de la disposition à « aller vers », en étant porteur d'une parole honnête, d'un intérêt pour l'autre. « Restaurer du lien, certes, mais aussi inscrire notre relation d'aide et d'accompagnement en dehors des déserts humains, dans un espace où les jeunes et nous pouvons apparaître dans nos consistances, dans nos pluralités et nos hétérogénéïtés qui s'adressent la parole. La ville en prendra parfois une épaisseur qu'on ne lui connut pas » (Op. Cit. p. 172). A cela s'ajoute chez le clinicien un positionnement distancié[441] sur le fonctionnement social, sans réduction à la vocation hygiéniste ou d'insertion, ainsi qu'une capacité à admettre « […] une certaine mise en échec du lien » (Op. Cit. p. 173).

Il y a un travail supplémentaire à fournir pour les aidants/thérapeutes vis-à-vis de ces jeunes gens et nous avons essayé à notre manière de le développer en partant des

[441] Et possiblement critique.

aspects contre-transférentiels complexes (partie II-3-3 de cette recherche). Il est important en effet de sortir de la logique possible « du sauveur » (ib, page 174) et de toujours partir des fondamentaux mis en place par le jeune : son errance est respectable, tentative « rigoureuse » de prendre en compte ce qu'il est ; son lieu à prendre en considération et notre attitude clinique se doit elle aussi d'intégrer cela avec « rigueur ».

Outre l'aller vers, le « donner lieu » nous est aussi familier (être mémoire des rencontres, reprendre à la prochaine rencontre comme pour une « séance suivante»[442], …). La possibilité d'espaces transitionnels est toujours délicate du fait du manque de dispositifs progressifs effectivement. Nous militons localement actuellement pour une meilleure réflexion et prise en considération de ce besoin progrédient avec des sorties possibles honorables, transitoires ou changements ouvrant vers d'autres possibilités.

Ajoutons que le Care et le Cure devraient ici, plus qu'ailleurs peut-être, se parler.

Patrick Declerck

Autre grand auteur sur les questions cliniques et théoriques qui sont les nôtres, Patrick Declerck est bien sûr l'auteur d'un ouvrage célèbre, anthropologique et psychanalytique, sur les clochards : *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, paru en 2001.

C'est ici sa conférence dans un congrès organisé à Bron par l'ORSPERE le jeudi 23 octobre 1997, intitulée « A la rencontre de sujets vides ou le sujet vide et la souffrance impossible », que nous allons reprendre plus particulièrement. Patrick Declerck y évoque ceux qui lui apparaissent comme « les patients les plus extrêmes »: les plus extrêmes des clochards. Il mentionne dès le début de cette intervention que « […] l'extrême désocialisation, l'extrême effondrement des sujets a tendance à induire chez nous des troubles de la pensée »[443] (1997, p. 107).

Ces sujets, contrairement aux déportés des camps de concentration par exemple (Ferrant, 1997), ils n'ont pas connu d'ailleurs, de vie antérieure normale: « on a cette impression lorsque l'on entend la façon dont ils se présentent lors de premiers entretiens. Ceux dont je parle sont d'ailleurs pour l'essentiel en dehors des entretiens, ce sont des gens que l'on croise dans les couloirs, aux douches[444], *ils sont infra discours »* (c'est nous qui soulignons).

Declerck évoque clairement la pauvreté des entretiens, le peu de matériel livré. Ces sujets évoquent de façon assez standardisée avoir connu une vie lambda, adaptée,

[442] Voir partie II-3 notre travail concernant les jeunes dits en errance.
[443] Et à positionner très singulièrement notre contre-transfert : voir les parties I-3 et II-2 du présent travail.
[444] P. Declerck parle surtout du Centre de Nanterre, où il a réalisé l'essentiel des investigations cliniques et anthropologiques pour sa thèse, publiée en 2001 donc.

dans le travail[445], avoir accédé à « une épaisseur » qu'ils auraient perdue en subissant une chute : ils auraient été victimes d'un événement (chômage, divorce[446], …) les ayant précipités dans l'abime, sans participation à leur malheur. Ceci construisant un certain climat transféro-contre transférentiel. A y voir de plus près, quand un certain accès est possible à l'avant, force est de constater que leur manière d'être était, malgré la revendication de leur adaptation dans la normalité, dans le travail le cas échéant, excessivement limite, instable, problématique (pour les autres au moins)…

Declerck insiste à dire que les actes font fonction de matériel chez eux et que ces actes leur échappent très largement.

Pour lui, la clinique force à penser que la souffrance chez ce type de patients serait comme une construction théorique qu'on leur assigne[447]. « […] *On ne trouve pas chez ces sujets l'éprouvé de la souffrance, du ressenti de la souffrance*. Ils passent à travers tout » (Op. Cit. p. 109). L'auteur insiste sur l'impuissance dépressiogène et la rage que cela peut générer chez les aidants. « […] Comment accrocher quelque chose à quelqu'un qui est apparemment sans aspérité ? Tout est mou ». Alors que nous les voyons objectivement très mal en point, ils seraient eux en situation de *souffrance court-circuitée*. Ces sujets seraient des sujets vides ou qui se présentent tels : « le matériel est quasiment inexistant. Les entretiens sont inélaborés et apparemment inélaborables ». Patrick Declerck souligne la stérilité itérative des contenus abordés. «En revanche, ils se distinguent par une production effrénée d'actes masochiques graves qui peuvent éventuellement les conduire jusqu'à la mort. *Mais j'insiste, nous sommes dans des processus lents »* (ibid).

Comment expliquer ces phénomènes ?

Declerck mentionne la familiarité possible de ces tableaux avec le cas des patients psychosomatiques décrits par Pierre Marty et les psychosomaticiens (Célérier, 1991). Pourrait exister *une pensée proto-opératoire* en quelque sorte. Cependant, la nuance est nette vis-à-vis du fait que les patients psychosomatiques réussissent *apparemment* bien sur le plan de leur insertion, de leur adaptation tandis que ces grands clochards ont très tôt été dans des difficultés faute d'avoir pu fonctionner mieux psychiquement.

Un fonctionnement trop tôt opératoire ? Précocement opératoire ? Nous retenons cette hypothèse que nous croyons reconnaître dans plusieurs biographies de personnes en errance psychique.

---

[445] Leur discours est en cela proche de celui de personnes alcooliques y compris non clochardisées. Voir notamment à ce propos par exemple Jean-Paul Descombey (1985), Olivier Jan (1989).

[446] Avec les premiers soignants de l'équipe de l'UMAPP, nous découvrions chez nombre des hommes clochardisés rencontrés l'explication projective de leur chute par les inconduites de leur femme, insuffisante, désignée caricaturalement comme *« la sal…»*. Image féminine mais aussi maternelle, vectrice de tous les mots. Giacomo, l'un de ces hommes (mort après une nouvelle alcoolisation à environ 35 ans), répétait cette sentence : « toutes les femmes sont des salopes, ce sont des p….. Même ma mère ». Il était « identifié »/collé à la souffrance de son père, très grand alcoolique dont la femme (la mère du patient) vivait sous le même toit que lui avec ses enfants et son amant. Notre infortuné patient avait un frère clochard, une sœur prostituée. Il considérait que sa compagne, la mère de ses enfants partie avec un autre homme, ne pourrait que faire souffrir ses enfants en son absence par répétition. Ce patient a fait de nombreux passages en psychiatrie, emporté par des crises d'angoisse régressives dans lesquelles il ressemblait en tous points à un enfant hurlant de douleur d'abandon. Toutes ses rencontres (féminines, camarades) aboutissaient à des drames violents.

[447] Une sorte de pensée _ à ce niveau _ froide, opératoire (Pierre Marty) comme pour les patients psychosomatiques?

La vie à la rue est aussi continuellement, utilitairement, active (pas de place pour penser) pour permettre la survie : c'est adapté, organisé à la situation, mais recouvrant le « chaos radical » de l'être.

Les clochards ont une théorie mécanique, opératoire de l'exclusion (femme, alcool, travail). Le traumatisme, c'est la conjonction entre l'événement et le sujet. Le sujet fait un traumatisme de l'événement. Ils sont opératoires autour de leurs demandes aussi (de soins), et parlent comme « des petits garçons adaptés » : il faut que j'arrête de boire, etc… *Cela ne correspond pas à la réalité*. Après les soins, les patients en question pour beaucoup, s'arrachent leurs pansements après les consultations. *Ils semblent infra opératoires puisque incapables de fonctionner dans la société, dans le temps, dans l'obligation, le respect des règles… Ou supra opératoires puisque peuvent exister des demandes, primitives, radicalement transférentielles et folles, sans limite (donnez-moi le sein !) mais impossible à exaucer dans la réalité, ce qui va occasionner une déception*[448]*.* La relation patine là-dessus. La gentillesse ne suffit pas, ça devient insupportable (parce que intrusif, dévorant). Aussi parce qu'on est dans un malentendu total : lui nous donne un discours stéréotypé hors de la réalité, non crédible. Si on réagit à cela, on rentre en plein malentendu. Il peut y avoir décompensation et recours à l'urgence quand on exauce (au pied de la lettre, c'est-à-dire en ayant pris pour argent comptant) une « demande » d'insertion par exemple, l'accès à un logement, etc… «On arrache là le dernier masque du sujet, celui de la pseudo normalité ».

Pas d'accroche à l'objet (contrairement aux personnes déportées des camps de concentration évoqués par Alain Ferrant): *de le perdre n'engage pas de conséquence sur la personnalité :* « ils perdent continuellement leurs objets », dit bien Patrick Declerck.

La forclusion est un mécanisme décrit par Freud (à propos de la castration génitale) qui est plus radical que le refoulement puisque celui-ci n'advient qu'après qu'une représentation soit arrivée au Moi ; et c'est le Moi qui refoule. Le refoulement laisse des traces tels que les souvenirs écran, les rêves, … La Forclusion, c'est une évacuation sans trace, une mise à l'extérieur du sujet.

Declerck propose la notion de *forclusion de la castration anale*. Le sujet doit pouvoir apprendre à ouvrir/fermer, lâcher/retenir. La tâche de l'analité implique un accord, une relation viable au temps parce qu'il y a un temps pour faire, un temps pour ne pas faire. « […] L'apprentissage de l'analité, la propreté etc., mais en même temps l'utilisation et la mise sur le côté latérale de plaisir lié à l'expulsion, à la défécation etc., implique que le sujet soit intégré dans le temps et dans l'espace, et dans la relation à l'autre. L'analité c'est la question de l'indifférenciation ou de la différenciation. L'indifférenciation parce que « […] dans le monde de l'analité, le monde de l'anus, il fait noir. On est dans la destruction de la différence, c'est à dire qu'on peut manger, tout devient de l'excrément, tout est réduit à l'excrément, c'est ça le travail de destruction de l'analité. La vie de ces sujets semble fortement marquée : on a parlé du sadisme anal. Le sadisme est une agressivité qui s'adresse à l'autre extérieur, qui s'exerce sur un objet,

[448] C'est nous qui soulignons.

pour le détruire, le bouffer, se l'approprier, le prendre, le maîtriser. C'est ça le sadisme anal. *Il faudrait peut-être pour ces sujets parler d'un masochisme anal.* Nous serions confrontés avec de tels sujets_ et c'est en ce sens que je parle de sujets vides _ qui, pour des raisons X, probablement liées à la forclusion de la castration anale cette fois, c'est-à-dire cette impossibilité de prendre en compte la différenciation et le temps et l'espace, ce sont des sujets dans lesquels rien n'adhère. *Ils se vident. Ils sont en recto-hémorragie perpétuelle d'affects et de représentations. Ils n'accumulent pas de vie psychique, ils ne sont pas propriétaires de leur histoire. Il y a une déliquescence permanente des représentations, des affects, des souvenirs infantiles ; il n'y a pas de matériel mais des actes, essentiellement masochiques _ et c'est en ce sens que je parle de masochisme anal. C'est là aussi l'un des sursauts du Moi, aussi pathologique soit-il et aussi dangereux soit-il. Il semble que l'on soit confronté à une série d'actes qui aurait pour objet d'être une espèce de bouchon anal pour retenir enfin quelque chose*[449] *».*

Ces sujets peuvent tenter de ne plus vivre selon cet écoulement psychique, donc. Reprenons le discours de Patrick Declerck : « Je crois qu'il s'agit là d'une forme très profonde de masochisme qui dévoile ses liens avec l'analité, avec les tentatives qu'a le sujet de se fermer à cet écoulement psychique perpétuel. On pourrait dire que ce type de masochisme anal est *une tentative (ratée parce qu'il est itératif mais tentative tout de même) d'accéder à la souffrance*. Eprouver de la souffrance, c'est déjà honorer le sujet d'une certaine réalité, d'une certaine épaisseur, d'une certaine possibilité. Ce que les plus malades d'entre les gens qu'on voit ne semble pas avoir et donc là, inconsciemment, ils souffrent probablement immensément. Même si cette souffrance nous apparaît immédiatement inatteignable » (Op. Cit. p. 110).

Conséquences cliniques et thérapeutiques : ces représentations, ces affects, cette souffrance qu'on ne peut pas atteindre, va-t-on penser qu'ils existent quelque part c'est-à-dire de les mettre dans une situation où ils peuvent advenir ? Où va-t-on considérer le contraire (contre l'avis de Freud) *? La stratégie thérapeutique serait-elle alors basée sur la construction, différente de l'interprétation, ou alors sur la suggestion? Considère-t-on que le Ca doit advenir du Moi, ou bien va-t-on vers une fabrication de faux-self ?*

Nota Bene: Pour ces patients, pas d'avant, pas d'après. Pour eux, rien n'a jamais marché. Il y a des familles où on est clochard de père en fils (nous avons rencontré à plusieurs reprises des fils arrivant à peine majeur dans le centre d'hébergement de leur père ; nous avons su qu'un père et un fils SDF ne s'étant jamais côtoyés, se sont rencontrés en fréquentant les repas gratuits d'une même paroisse, …), où il y a un clochard par génération[450]. Des familles où règnent le désordre : la violence, l'alcool, l'inceste, « dans l'indifférencié de l'analité ». Emprisonnement des parents, itinérances sexuelles de la mère, … « On est face à des comportements d'alcoolisation qui se perdent dans la nuit des temps du sujet ». Les entretiens anamnestiques sont ici souvent impossibles à réaliser*. L'indifférencié a toujours été là, « c'est un bain », sans*

[449] C'est nous qui soulignons.
[450] Un scenario approchant dans le cas de Maurice, notamment en partie II-2.

réellement que le sujet ne sache cela. Quand un sujet essaie de parler des conséquences (tardives) d'un mal passé à l'âge adulte, c'est un sursaut du Moi, moïque, pour essayer de couvrir cela. Le sujet ne peut pas élaborer sa présentation en carte de visite.

Est-ce qu'un clinicien qui pose les choses comme Patrick Declerck abolit l'histoire des sujets? Même s'il y a casse, il y a histoire...

L'errance, pour Declerck, fait à la fois blocage et protection. Il ne croit guère en la possibilité de soins sinon d'encadrer de la manière la plus humaine ces « vies pour rien » : dans des « bons asiles » où ne soient pas exercées de pressions sadiques sur qui ne peut y réagir autrement qu'en s'abimant plus encore.

Le rapport à la temporalité est tout à fait modifié chez les grands clochards. Et il y a une forme de satisfaction à la vie qu'ils mènent (« c'est encore plus choquant » dit Declerck) : c'est l'ataraxie ou l'apathie (sans souffrance et sans passion), proche du principe de nirvana. « Un clochard c'est un grand bébé en dehors du temps, qui se chie dessus, qui se laisse aller dans tous les sens, qui est sans limite. Il y a un apaisement des conflits dans cette situation de clochardisation extrême qui fait que les gens y sont extrêmement stables et qu'il est difficile de les en sortir ». C'est bien parce qu'il y a bénéfice, apaisement, que ce type de montage tient dans le temps malgré tout. La clochardisation est une alternative supportable à des choses beaucoup plus graves : le suicide, l'explosion psychotique, le meurtre…

Recherche de Valérie Colin : *Psychodynamique de l'errance.*

Dans sa thèse réalisée en 2002 sous la direction de Bernard Duez, Valérie Colin[451] souligne que l'errant SDF, le grand exclu, serait facilement perçu comme un individu semblant être devenu « passif » socialement, à en juger par sa réduction sociale. Elle contre care cette première lecture par une autre : le sujet concerné, bien au contraire, serait dans la nécessité de dépenser une importante quantité d'énergie psychique pour maintenir son être dans cette (nouvelle) condition d'existence, à la rue. Dans ce sens, la souffrance psychique serait issue de la souffrance sociale, qu'elle considère notamment avec le sociologue Vincent de Gaulejac[452], comme souffrance liée la perte d'une place symbolique, à la perte de reconnaissance symbolique par le groupe.

Soulignons que dans ce travail universitaire sur l'errance, comme dans la thèse de Karine Boinot (2007), serait maintenue une relativement indistinction des termes

[451] Colin V. (2002). *Psychodynamique de l'errance. Traumatisme, fantasmes originaires et mécanismes de périphérisation topique*. Thèse pour le doctorat de psychologie, sous la direction du Professeur Bernard Duez, Université de Lyon II.

[452] Vincent de Gaulejac, Isabel Taboada Léonetti, Frédéric Blondel et Dominique-Marie Boullier (2015). *La lutte des places,* Paris : Desclée de Brouwer.

grande exclusion, grande précarité et errance, *une égalité relative vis-à-vis de laquelle nous nous inscrivons en faux et sur laquelle porte essentiellement notre présente contribution.* Les SDF ne sont pas tous nécessairement en errance, nous avons essayé de le montrer par un raisonnement psychopathologique et comparatif par notre second chapitre.

Ceci étant dit, Valérie Colin pose donc que le SDF investit massivement l'espace urbain, le dehors ; elle s'interroge sur l'économie psychique des personnes sans abri.

Nous ne partageons pas l'hypothèse selon laquelle les stigmates de l'exclusion feraient indices d'identité pour le sujet lui-même: selon nous, ces stigmates donnent au sujet concerné une identité projetée venant du groupe, de tous. Ce serait bien là l'enjeu du contre-transfert social[453], ce raccourci de pensée erroné et excluant. Le sujet s'en munirait secondairement, en cas d'auto-exclusion, participant alors à son oubli comme à sa dévalorisation/ « déchettisation ».

Parmi les nombreuses idées qu'elle développe, nous mettons en avant celle-ci : ce qui intéresse l'errance à l'adolescence, le retrouve-t-on encore chez des errants plus âgés? N'y aurait-il pas eu, chez ces individus errants adultes, *une mise en échec de la crise d'adolescence, restant indépassée ?* « En d'autres termes, les clochards sont-ils des adolescents errants qui ont vieilli et qui sont restés errants ? » (Op. Cit. p. 93).

Nous sommes en phase avec cette proposition, en ajoutant que l'errance adolescente de ceux que nous nommerons les « errants essentiels » ou errants authentiques n'est que la continuité d'un défaut d'inscription ancien ayant organisé une errance psychique dès la petite enfance, dès les premiers liens et interdit l'authenticité de toute accroche à l'objet, à autrui.

Y compris l'anaclitisme ici ne fonctionne pas, n'y puit mais.

Elle lie sa réflexion à celle de Philippe Gutton sur l'adolescence (l'errance comme procédé identificatoire typique de l'adolescent) et surtout à celle d'Olivier Douville, dont elle reprend ce passage[506] : « sans doute l'errance recouvrirait-elle ce moment de lâchage des assises identificatoires et pourrait bien être une des formes et un des noms de l'angoisse adolescente » (Op. Cit. p. 93-94).

Nous avons critiqué cette position d'Olivier Douville plus haut.

Empruntant au travail de Bernard Duez sur le *transfert topique*[454], Valérie Colin propose de parler d'un mécanisme actif chez les grands exclus : celui de la *périphérisation topique* qu'elle définit ainsi à la fin de son travail : « Il s'agit d'une forme d'organisation psychique maintenant un lien entre le monde interne et le monde externe par le moyen d'une reliaison secondaire *en actes* dans le parcours (itératif et

[453] Voir Chapitre I du présent travail, essentiellement la partie I-3.
[506] Douville, 1994.
[454] Une topique est un mode de représentation du fonctionnement psychique, comme un appareil ayant une disposition spatiale.

quotidien) dans la ville. Le sujet est exclu de lui-même, s'y situant à la limite du dehors et du dedans. Le sujet transfère des éléments internes à la périphérie de lui-même», ce qui s'apparenterait à « […] une forme de clivage du centre à la périphérie qui dénonce une difficulté du sujet à trouver sa place » (Colin, 2002, p.665). Le clivage ne serait plus seulement dans une scission Moi/non-Moi, dedans/dehors mais aussi Bord/Centre au sein même du sujet concerné.

Ajoutons que le clivage viendrait après un mal passé traumatique. La tension pulsionnelle reste, après-coup, si forte que le sujet en vient à la faire cesser radicalement, *en s'amputant d'une partie de lui-même, de son Moi (qui n'est plus de même consistance, de ce fait).* D'autres recours sont possibles: la décharge directe de la tension par l'acte surtout.

La périphérisation topique du sujet amènerait à utiliser (annexer ?) l'espace urbain, la rue, dans son fonctionnement. Quatre fonctionnements seraient au service de ce mécanisme : le dépôt, la localisation, la diffraction, le transfert (ou la projection ?) des contenus psychiques dans le monde extérieur avant d'en spécifier le contenu.

Valérie Colin considère que *les errances* des grands SDF seraient différentes en fonction de leur mode de dépôt. Les fonctionnements autistiques se trouveraient dans le « syndrome de l'escargot », soit dans le fait de porter avec soi l'entier de ses possessions ; il n'y a pas (ou quasi) de dépôt ailleurs, en autrui, dans un lieu. Les SDF déposeraient, selon l'étude, plutôt des « organisations de liens » que des objets, d'où l'intérêt de l'appui par le groupe pour les sujets en question.

Pour qu'il puisse y avoir périphérisation topique, c'est-à-dire « reliaison secondaire », il y a nécessité de dépôt localisé : « les objets internes sont diffractés dans le monde extérieur et localisés dans des lieux fixes et géographiquement repérables » (Op. Cit. p. 620). C'est par son parcours urbain que le sujet recolle ses différents bouts (externes/internes ; réels/fantasmatiques). Ces différentes parties du Moi sont ainsi éparpillées dans le but d'éviter le « retour du clivé » : « clivage en actes, clivage corporel (amputations corporelles). Les parties internes endommagées sont localisées et déposées dans l'espace et définitivement abandonnées » (ibid). En clinique SDF, la forme que prend le clivage n'est pas seulement le fait de scinder le Moi en deux *: le clivage se constitue par décentrement du sujet (jusqu'à ne plus ressentir l'état traumatique)*.

Le sujet se coupe de lui-même et se (re)localise à sa propre périphérie. Cette frontière dans laquelle il se situe désormais serait perméable aux mondes interne et externe. *Le sujet lutte donc contre le retour du clivé qui a été périphérisé.*

Le retrait du sujet s'opère de manière centrifuge, vers la périphérie. « Les expériences subjectives du sujet dont les traces mnésiques ne sont pas représentées et représentables sont (alors) périphérisées à l'adresse d'un autre » (Op. Cit. p.629).

Le mécanisme de périphérisation topique attacherait entre eux des contenus psychiques qui polluent le monde intérieur du sujet en permettant une « reliaison secondaire », c'est-à-dire dans un deuxième temps, d'éléments qui ont été diffractés dans le monde extérieur, l'environnement.

Dans les dynamiques où le dépôt est possible, le dépôt d'objets réels ne corrobore pas nécessairement le dépôt d'objets internes (ce n'est certainement pas toujours si simple…). Il y aurait cependant en cela ébauche ou indice de transfert, pour l'auteure. Mais bien sûr, si le sujet recourt perpétuellement au dépôt en acte, la répétition manifeste l'absence de réussite du dépôt psychique, c'est-à-dire que l'acte (répété) n'est toujours pas symbolisé.

La notion de localisation suppose que le sujet puisse y mettre à l'épreuve la possibilité du lieu à protéger les objets/parts de lui déposé(e)s, à les conserver sans modification. Ceci renverrait à la dynamique du « retrouvé » (retour de l'objet), constitutive de la fiabilité de l'objet pour Winnicott.

Valérie Colin parle notamment du « lieu de couche » embarrassé d'objets qui correspondrait à la vérification de leur destin. Le lieu en question serait vu comme contaminé et abandonné s'il était touché/modifié…

Notons que, comme Patrick Declerck[455], nous sommes plutôt peu en faveur d'une telle hypothèse et de l'attendu supposé de l'investissement de l'objet que nous ne rencontrons jamais dans notre clinique au près des SDF et des errants.

Comme il y aurait plusieurs modes de dépôt, il y aurait, avec, plusieurs types de transfert, surtout et notamment deux : diffraction des objets psychiques dans des espaces différents et localisés ; ou encore transfert massif sur un lieu. Ces deux cas seraient explicables par le mécanisme de périphérisation topique.

Ce dernier mécanisme encore serait mis en place comme une défense contre une « terreur agonistique » (Winnicott, 1983. Roussillon, 1997 ; 2001).

Le SDF ne sait plus de quoi, de quelle lointaine souffrance, il est atteint alors même qu'il essaie pourtant de s'en défendre. Il s'agit, pour Valérie Colin, à la suite de ces deux auteurs analystes, d'une souffrance issue de traces non représentées, non disponibles mais ayant eu des conséquences sur l'organisation psychique. Le vécu psychique du SDF serait de nature agonistique, in fine, ce qui se vérifie lorsqu'on peut accéder à des données biographiques, généralement saturées de détresse, de solitude, d'abandon, de sidération, de mort psychique. Nous sommes parfaitement en

[455] Répondant à Alain Ferrant lors du congrès de l'ORSPERE de 1997à Bron cité plus haut, Patrick Declerck mentionnait l'indifférence à perdre leurs objets des grands errants que sont souvent les grands clochards non psychotiques. Ils sont indifférents à ce qu'ils possèdent très globalement, y compris en matière de couchage, de lieu de vie, d'état matériel de leurs effets.

accord avec cela, ajoutons-nous pour les sujets errants authentiques, essentiels dont nous défendons l'existence.

Tenter de s'en déprendre passerait par l'usage de la fuite, de départs (qui n'en sont pas vraiment). Ceci équivaudrait « […] à des formes de clivages où le sujet se retire de son expérience subjective. […] Le sujet se retire de lui-même » (ibidem, page 628), ce qui rejoint pleinement la théorisation de Jean Furtos (2008) et celle de René Roussillon (2008b).

Le clivé serait l'expérience agonistique. Le Moi se clive pour empêcher son retour (retour du clivé) mais cela ne semble pas suffire puisqu'il aurait besoin de répéter encore et encore la mise au dehors de son expérience subjective. On repère cela dans les itératives expériences d'échec, dans la souffrance somatopsychique se liant à ces échecs, dans la possibilité de déni corporel, dans une aptitude à l'identification à des persécuteurs internes dans le monde externe.

Dans une dynamique comme celle-ci, Valérie Colin postule que le sujet chercherait un objet de recours externe, selon l'expérience de satisfaction qui lui a manqué pour nouer un réel contrat narcissique (Roussillon, 2012). Dans le fait pathologique, cette quête irait jusqu'à la dépendance, l'addiction d'objet(s). Nous l'avons dit, nous n'observons pas le phénomène en pratique avec les errants qui seraient pour nous errants essentiels.

Le SDF refait l'expérience d'une « désaide » lorsque l'objet de recours externe disparaît (il s'agit d'une répétition traumatique renvoyant à l'abandon, la solitude, l'absence de sécurité). La diffraction du sujet serait ici, alors, l'un des rares moyens restant, *qui s'engage hors subjectivité d'ailleurs,* pour la survie psychique du sujet selon l'auteure.

Recherche de Franck Mathieu : *L'errance psychique des sujets SDF.*

Dans sa thèse réalisée également sous la direction de Bernard Duez et soutenue en 2011[456], Franck Mathieu défend l'idée que l'errance structure la manière d'être au monde des personnes qui en sont atteintes : elle constituerait une organisation (au sens organisation de personnalité, défensive) à part (2011, p. 409), une *structure de plus en plus rigide avec le cumul d'expériences négatives* de ruptures et d'exclusions.

Notons que nous rejoignons tout à fait ce type de façon de voir l'errance (essentielle), avec le fait d'une organisation psychique à part, en effet, et la sommation, le cumul de traumas.

[456] *L'errance psychique des sujets SDF. Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction.* Thèse pour le Doctorat de Psychologie, sous la direction du Professeur Bernard Duez, Université de Lyon II.

Le sujet se trouve désaffilié du groupe, vide. Ce vide intérieur aspirerait les références (temporelles notamment), dé-différencierait les liens et les objets internes (restants).

L'errance constituerait une attaque totale de la topique du sujet. C'est un processus «atopique », pour l'auteur, « […] qui viendrait défendre contre une angoisse anomique » » (Op. Cit. p. 415).

La réalité de la vie humaine est précaire : le nourrisson dépend tout à fait de son environnement pour survivre et c'est sur ce lien de dépendance fondamental que se fabrique la confiance, l'assurance d'un secours en cas de besoin. Ce sont là les bases du « contrat narcissique » (Aulagnier, 1975) débouchant sur la possibilité d'inscription dans la vie sociale.

Si cette composante fondamentale se lie donc au mal passé primaire de la vie du sujet, « si elle prend racine dans les traumatismes précoces, dans un brusque retrait de l'environnement, rien dans la suite de son existence n'a permis au sujet de compenser ces profondes failles » (Op. Cit. p. 414).

L'errance psychique serait, pour Franck Mathieu, « […] le produit d'une exclusion de *la psyche de l'autre, destructurant le « tissu social psychique » »* (ibid).

Le sujet errant le serait pour être et avoir été victime de cette exclusion (primaire et répétée au long de sa vie), colportant une fécalisation de lui-même. Mauvais objet (objet du désir de personne), il ne pourrait plaire, serait perpétuellement dans un évitement de lui-même et d'autrui. « Le sujet exclu se voit « exproprié » des lieux habitables (l'espace de l'objet, du logement ou de son propre corps). Cela a pour conséquence un cramponnement sur l'extériorité, même si une stratégie défensive peut au contraire amener à se méfier d'autrui. *Ce cramponnement agi est une façon de pallier au décramponnement vécu.* C'est une manière de remplir ce vide interne. Lorsque l'environnement est à même de « suturer » cette plaie psychique, l'errance est contenue, compensée, mais dans les pires trajectoires de vie, aucun objet ne parvient à remplir ce gouffre » (Op. Cit. p. 415).

Pour recouvrir la béance interne, l'errance, se constituerait ce que F. Mathieu propose d'appeler « le manteau cloacal » (Op. Cit. p. 416). Il y aurait alors « […] enfouissement dans la sensualité primaire, qu'elle soit auto-générée par les substances (première doublure du manteau) ou qu'elle soit fournie des matériaux que fournit l'environnement urbain (seconde doublure) ».

Il est question ici, avec ce manteau protecteur, de matériel auto-calmant[457], venant contrer la béance interne, la recherche d'objet, éloignant le sentiment de soi et rendant poreuse la frontière (psychique) soi/non-soi. Nous saisissons que cet ensemble aurait pour fonction de compenser le monde interne ravagé en ayant recours au plus ancien

[457] Voir à ce propos, au second chapitre de cette thèse, la partie II-6.

(d'avant la vie aérienne): le recours à l'illusion autosuffisante du sentiment océanique voir le recours à « l'éprouvé océanique » (Op. Cit. p. 417).

« L'errance psychique peut […] être comprise à la fois comme une façon de nier la nécessité de l'objet, et comme une façon de trouver une porte d'entrée *dans* celui-ci. Car si l'errant vit l'effondrement, il le fait également vivre à l'objet, aux passants, aux soignants, en leur « tombant dessus » » (ibid).

Sur la place publique, le sujet serait exposé dans ce qui l'agit le plus profondément : l'abandon, la déchéance. Il y a paradoxe entre le repli cloacal autosuffisant du sujet et l'exposition du plus profond au regard de tous. Cette mise en scène active le contretransfert du passant, de l'objet auquel ce spectacle serait adressé. Elle correspond à la « clinique de l'obscène » dans la théorisation de Bernard Duez (2003): ce qui n'est pas symbolisable sur la scène psychique se joue (en actes) sur une scène actuelle du sujet.

La scène est effondrée, manifestant l'anéantissement interne, resterait pour l'auteur une tentative pour faire éprouver à l'autre ce que le sujet n'éprouve pas lui-même. Le sujet donc ne pourrait ressentir ce qu'il vit, ce qu'il est, qu'en le faisant ressentir à autrui. Il y aurait ainsi une recherche d'élire « un domicile fixe chez l'autre », pour reprendre le titre d'un article collectif de 2012 auquel a participé Franck Mathieu[458]. Dans ce dernier texte, nous trouvons l'expression suivante : « d'une certaine façon, ils « squattent » l'espace psychique des autres » (2012, p. 128).

Toujours dans Charreton G. et al (2012), se référant au travail de Christophe Dejours sur le corps, la notion de « plaisir (obscène) à se montrer, à sentir, à faire sentir son corps à autrui, à se mouvoir dans des odeurs et des matières corporelles » (Op. Cit. p. 131-132) est mise en avant et expliquée par le concept de *séduction traumatique* : « […] une séduction qui métaphorise le dégoût ressenti par l'objet primaire, qui fût incapable d'érogénéiser suffisamment le corps et ses fonctions ».

Ce dernier, avec les deux notions qu'il apporte (manteau cloacal, effondrement scénique) affirme la double valence de ces défenses : à la fois anesthésie et autostimulation, ce qui rejoint ce que nous pensons de l'errance avec Olivier Douville[459] : à la fois pathologie et tentative de rigueur, condition de survie et exposition dangereuse.

[458] *Charreton G., Mathieu F., Pitici C. (2012). « La scène errante : en quête d'un domicile fixe dans l'autre. Les bénéfices psychiques de la visibilité des sujets SDF au regard des fantasmes originaires », P*sychologie Clinique, 2012/1 N°33, pp. 125137.

[459] Olivier Douville, intervention à Rouen intitulée : *Approche psychopathologique des conduites d'errance*, in Colloque National du Réseau Jeunes en Errance, CEMEA/Ville de Rouen/UMAPP/RRAPP, 22 et 23 novembre 2012.

B Seconde partie : développements pour concevoir l'errance interne

III-3 L'errance psychique s'origine dans un malaise des liens précoces

En ayant suivi de près le raisonnement de nos auteurs de référence, en ayant en mémoire les éléments biographiques évoqués par nos patients et la clinique de leur état, en ayant en limite les entités comparées à l'errance, il nous semble pouvoir affirmer que les personnes développant une existence dépourvue de finalité conduite, s'inscrivant dans l'errance authentique _ ce « largage » d'eux-mêmes et du lien _ ont eu à vivre des relations depuis la première enfance particulièrement perturbantes/perturbées, pathologiques, avec leur(s) premier(s) objet(s).

Sans suffisante capacité contenante, leur milieu primaire n'a pu créer ce lien sécure qui aurait été propice à un développement positif, à une confiance en l'autre et dans le pacte narcissique (Aulagnier, 1975). Ici bien au contraire se trouvent des parents manifestement en incapacité de transmettre un élan vital favorable de par leurs propres troubles, ceux-ci occasionnant un manque conséquent d'identification à leur enfant et ordonnant, plus précocement encore, une faille de l'objet d'attachement qu'ils représentent (sans pouvoir le mentaliser dans ses divers aspects).

Ce que nous mentionnons présentement oriente d'emblée vers une forme de *malaise trans-générationnel :* des parents troublés sont en incapacité de porter (au sens winnicottien du holding, du handling et de la fonction contenante) leur enfant, de l'inscrire dans le sens d'une suite narcissique différenciée d'eux-mêmes, dans une lignée, dans des affiliations, dans des attentes… Pour n'y avoir point ou pas vraiment été inscrits eux-mêmes.

La place qu'occupe un sujet dans sa filiation dépend étroitement des fantasmes inconscients de ses parents, de leurs désirs et de leurs aspirations le concernant (Guyotat, 1980). La structuration psychique commencerait depuis cela, dès avant la vie aérienne, voire dès avant la conception de l'enfant[460].

Nous avons fait cas précédemment[461] de ces situations de personnes gravement précarisées qui, contre toute attente, dans ce moment rationnellement si inopportun de la galère, en viennent à se rêver parents.

[460] Ensemble de vues défendues par l'association Abraham Torok notamment.
[461] Dans notre second chapitre, partie II-8, traitant des aspects particuliers de la parentalité dans l'urgence sociale.

III-3-1 Le futur sujet errant : un enfant *bizarrement présent* pour ses parents/des parents *étrangement là* pour lui

L'enfant ici n'est pas positionné pour faire corps avec le/les parent(s), avec/dans le groupe. Il est *bizarrement présent* pour ses parents, proposons-nous, puisque ces derniers semblent pouvoir avoir un rôle éducatif ***à la condition d'y être conduits***[462] (quand c'est le cas et quand ils l'acceptent), *sous le regard de garants externes*[463]: leurs éducateurs ou soignants (de prévention en milieu ouvert notamment : AEMO, Services d'accompagnement des placements familiaux à caractère social voire à caractère thérapeutique, leurs médecins, leurs psys quand ils existent…), parfois de membres tutélaires, protecteurs au sein de leur famille (parfois parents, grands-parents, collatéraux).

Hors de ce *portage tardif/anachronique*, artificiel et externe [464], les aspects pathologiques risquent de revenir, comme un naturel difficile à faire disparaître malgré les efforts thérapeutiques et d'accompagnements psychologique et social, *puisqu'il s'agit de fonds de personnalités gravement perturbées, de manière fondamentale.*

Les démarches thérapeutiques sont difficiles à mettre en place, souvent aussi mal acceptées et d'une efficacité (sur l'amélioration du lien aux enfants) limitée. Il s'agit d'efforts de *care* et de *cure* nécessaires mais non suffisants à garantir une évidente réparation.

Chez ces parents démunis, la parentalité, le fait d'être devenu parent, n'a pas lavé leur propre histoire blessée ni guéri leurs troubles. Quand ils sont insérés, leur place sociale compose défensivement l'essentiel de l'identité qu'ils se donnent, dans laquelle ils trouvent recours narcissiquement : travailleur, travailleuse, … En cela l'exemple de Lilas évoqué plus haut[465] est tout à fait éloquent. Il s'agit de situations de troubles, de pathologiques narcissiques.

La capacité de rêverie parentale (Bion) est très limitée, de toute vraisemblance, dans ces situations : c'est ce que l'abord clinique vérifie.

L'enfant bizarrement présent pour ses parents ne semble pas être attendu dans son entier, pouvons-nous penser.

---

[462] Alexandre Ledrait, terminant comme nous sa thèse en 2016 sur *Les conséquences des maltraitances sur le développement du jeune enfant et les handicaps physiques et psychiques afférents* (Université de Rouen, sous la direction de Yolande Govindama) partage cette lecture : ***les mères qu'il étudie semblent d'autant mieux aimer leur enfant qu'il n'est pas là, qu'il n'est pas en leur présence.*** Lui aussi peut observer une forme de dissociation entre affects et représentations chez ces parents, confinant parfois à la « psychose blanche », notion de pathologie narcissique développée par André Green (1983) que nous considérons comme très proche de celle d'état-limite.

[463] Nous connaissons ces aspects par deux entrées : de par la pratique d'expertises judiciaires (essentiellement au près des juges d'instruction et de juges des enfants) sur 25 années et aussi depuis un travail d'analyse de la pratique professionnelle dans deux institutions mandatées par la protection de l'enfance depuis une quinzaine d'années.

[464] Clairement non consenti parfois, admis sans conviction bien souvent et rarement intégré comme une aide pleine et entière.

[465] Dans ce travail, chapitre II-8-3.

Le désir d'enfant, ambivalent par essence selon Monique Bydlowski (1978), qui a mené toutefois jusqu'à son arrivée à la vie aérienne, ne serait plus après la naissance, suffisamment porteur de vie, de pulsion de vie. La réalité du lien et ses contraintes, la réalité matérielle de l'enfant, la réalité des capacités parentales face à lui venant contrer l'enfant imaginaire temporairement et psychiquement réparateur.

Enfant bizarrement présent pour ses parents puisque mal mentalisé en eux-mêmes et présence parentale certainement étrange et lacunaire inversement. Il est probable que les tableaux cliniques des parents en question soient variés, multiformes, allant de personnes elles-mêmes carencées, abandonnées, traumatisées, délaissées, à d'autres, malades psychotiques, malades dépressifs graves, etc. Le point commun, l'invariant, serait l'existence d'un trouble du narcissisme.

La « continuité de soi » à travers l'enfant semble devenue maintenant (soit à l'arrivée aérienne de l'enfant) impossible pour les parents concernés, narcissiquement troublés au sens d'une auto-centration difficilement évolutive vers une relation d'objet maturée. L'enfant deviendrait ici facilement « comme un rival » ? L'enfant est une part autonome de soi et cette autonomie, composante de l'altérité fondamentale, semble difficilement admissible, pensée, sinon *impossible* à mentaliser. Le fait de sa *dépendance* deviendrait dimension persécutive pour ces parents en attente de satisfactions positives, de gratifications.

L'envie parentale que père et mère développent possiblement en pareil cas vis-à-vis de leur propre fils ou fille ne semble pouvoir être détoxiquée. Cette (in)disposition interne aboutissant trop souvent à l'expression haineuse passée dans l'acte.

Dès l'origine, ce serait la casse, la haine, qui atteindrait ainsi le nouveau-né. Qu'il s'agisse de violences volontaires ou de maltraitances par négligence et/ou par pathologie parentale, l'effet traumatique sur l'enfant est à considérer comme préjudiciable sur le long terme, durablement sinon définitivement.

Ce focal que nous faisons sur *l'après-coup du traumatisme, du cumul agonistique,* ne peut nous amener à oublier que *cet enfant est d'emblée, sur le vif, sur l'instant des agirs dystones dont il est la cible, victime de ce désordre.*

Ces enfants (malchanceux) sont en difficulté *de fait et dès leur arrivée au monde*, très immédiatement à protéger (ils sont d'ailleurs parfois admis peu après leur naissance en pouponnière, retirés du lien parental ; ce fût le cas pour le second enfant de Lilas). Mais sait-on jamais/voit-on toujours suffisamment qu'ils vivent sur l'instant des moments d'agonie psychique les éloignant encore et encore, toujours plus, d'une aptitude à faire confiance, à s'accrocher à l'autre/adulte, à s'investir par ce jeu de relation, à croire en la vie?[466]

[466] Nous ne sommes pas certains que tous les personnels œuvrant dans ces structures soient toujours suffisamment formés et aidés en continu par un travail de pensée, qu'ils ne soient pas à même et malgré eux de banaliser et de ne pas/plus voir, avoir

III-3-2 La plongée dans l'état agonistique

La plongée dans l'état agonistique, c'est d'abord cela, cette tombée, qui nous retient ici et que nous tentons d'aborder présentement. L'errance psychique serait issue de ce *passage qui ne se dépasse pas*, qui ne s'est pas dépassé. Cette chute organiserait une perte de soi en quelque sorte, d'origine traumatique.

Comment l'enfant réagit-il à l'expérience de douleur/souffrance sans recours? Les apports mentionnés de Donald Winnicott (1975) et de René Roussillon (1997, 2008a, 2008b, 2012) nous instruisent sur l'effondrement.

Voilà un sujet en développement, immature, dépendant totalement d'autrui comme tous les petits d'homme, qui se trouve exposé *sans pouvoir fuir*, sans pouvoir échapper physiquement à la nociception.

Le bébé, le petit enfant[467], est largement captif de son environnement : il ne peut lui échapper de par sa néoténie[468], étant en d'autres termes dépourvu de tout programme de conduite d'esquive directement opérationnel. Il naît sans défense, sans possibilité personnelle d'action (un nouveau-né ne sait quasiment que téter le sein de sa mère, par le réflexe de succion). Des années de maturation et d'apprentissage s'écoulent avant l'accès à l'autonomie. L'accumulation d'acquisitions supplée à l'immaturité congénitale. L'aspect inachevé de l'être humain se confirme par la longue durée de l'enfance et des apprentissages dans l'espèce.

S'il est l'objet d'une atteinte par l'autre, par le passage à l'acte de l'autre, que ce soit par une négligence abandonnante ou un acte intentionnel de mauvais traitement (coups, tortures, effractions sexuelles, …), il devra subir, ne pourra que subir.

Ses réactions pragmatiques, directes, physiques, sont de registres limités : les pleurs, l'agitation, les cris. Apparaissent aussi possiblement des « refus » ou équivalents: le non contact du regard maternel (comme un évitement précoce). Le fait de ne pas dormir, de ne pas manger, de ne pas sourire... S'agirait-il déjà du reflet comportemental de l'atteinte ? C'est-à-dire du fait que l'enfant, si jeune, s'ampute d'une part de possibles, renonce pour survivre ?

Nous pourrions ajouter à cela les manifestations de retard ou de perturbations dans les acquisitions et apprentissages (le langage, la marche, la propreté, dans les fonctions cognitives puis les accès scolaires…). Adviennent aussi pour certains les somatisations, le développement possible de morbidités corporelles…

---

conscience, de l'état de leurs jeunes patients/résidents nécessitant pourtant une attitude réparatrice individualisée, parfois difficilement ajustable aux logiques institutionnelles pressurisées de notre modernité…

[467] René Roussillon ne donne pas de « limite d'âge » dans la possibilité de vécu agonistique (qui ne serait pas réservée aux nourrissons, mêmes si ceux-ci sont théoriquement toujours a priori plus atteints s'il se produit puisque sans aucun mouvement d'esquive).

[468] C'est la théorie de « l'être inachevé ».

Les parents insuffisants, pathologiques, erratiques/inconstants ou psychotiquement ambivalents, par leur défaut d'identification aux besoins de l'enfant, n'interprètent pas les signes de malaise, de douleur, ni même les besoins (physiologiques et les besoins du Moi) de manière ordinaire, normale.

Des contradictions ou des paradoxes s'immiscent et organisent le lien [469] particulièrement.

III-3-3 Qualifier le malaise des liens précoces en termes de *dynamique de survie* chez le nourrisson ou l'enfant

Notre première hypothèse suit celle de René Roussillon sur la tombée agonistique de l'enfant en telles circonstances de *désaide*, à un point n'ouvrant pas toutefois à l'entrée dans la psychose[470].

Le sujet est en état de détresse du fait de l'absence d'assouvissement de ses besoins physiologiques et des besoins du Moi. Il ne peut résoudre cela par lui-même. Il n'y a pas de recours interne disponible et le recours externe s'avère improbable, hors délais, occasionnant une durée de souffrance déterminante sur le rapport à entretenir désormais avec le monde extérieur (inconfiance).

La détresse conduit au désespoir et abime l'organisation interne du sujet au sens où il ne peut plus, après cela, se fier au contrat narcissique de base (la solidarité de liens, la prise en compte de l'autre), pour reprendre Piera Aulagnier et René Roussillon. Ce sont les bases de l'identité qui vacillent ici (Roussillon, 1997, p. 84) et l'expérience de néantisation avoisinant la mort psychique.

C'est le fait-même de s'accrocher à l'autre, d'attendre quelque chose de significatif d'autrui qui s'avère fondamentalement attaqué, voire éradiqué.

Sans possibilité de faire valoir son *besoin de sécurité*, (Roussillon, 2008), le sujet en viendrait à se retirer de ses investissements ou de ses potentiels investissements.

Dynamique de survie chez l'adulte

René Roussillon (1997) tend à proposer que le mécanisme de survie qu'actualise le grand exclu adulte, pour souffrir le moins possible de son état d'isolement,

[469] Ce qui a bien été repéré depuis la clinique adulte par Didier Anzieu, au travers de ce qu'il a nommé en 1975 « Le transfert paradoxal », rencontré essentiellement chez les patients ayant eu à souffrir de conduites parentales et éducatives « rendant fou», pour utiliser la terminologie contre-transférentielle également d'Harold Searles (1981).

[470] Peut-on envisager l'hypothèse selon laquelle, dans les cas de psychoses, la rêverie maternelle et parentale comporte une dissonance qui n'est pas la même dans le cas des enfants qui vont devenir des enfants errants? Les mères de ce « deuxième groupe » auraient-elles des attentes narcissiques vis-à-vis de l'enfant à naître, impossibles à réaliser ensuite, qui auraient pu porter *tout de même* le désir d'enfant (jusqu'au terme, jusqu'à la naissance) dans leur corps avec un certain gain psychique à cette présence en elles ? Comme une « réparation transitoire » _ et illusoire _ de leur malaise, ce qui ne se vérifierait pas toujours dans l'étrangeté plus entière des grossesses du « premier groupe » ?

d'effondrement, se rapproche de celui de l'enfant condamné à ce régime par un environnement insécure.

Plus haut dans notre recherche, nous avons rapporté des exemples cliniques de conditions de survie émanant de personnes étrangères, *SDF forcés* en France, personnes « accueillies » dans l'urgence sociale mais non en errance puisqu'animées au moins par le but d'une demande d'asile ici et d'une fuite de atrocités au pays.

Le parcours antérieur de ces patients, marqué par des traumatismes majeurs en étant construits, adultes[471], les aurait amenés malgré eux, *comme par « réflexe »*[472], à réduire leurs conditions psychiques vers l'essentiel pour tenir, pour vivre encore, en se coupant momentanément de leurs expériences passées positives pour ne se consacrer qu'à « l'immédiate durée ».

En nous référant à Alain Ferrant (1997), nous avons souligné tant par le texte de cet auteur que par des exemples de patients, qu'il semble « *réflexe »* de plonger en dynamique de survie en cas de nécessité, de risque direct de mort (y compris bien sûr de façon impromptue, non préparée) et qu'il semble impossible de revenir véritablement de cette « régression » massivement défensive après dépassement de la période, de la situation dangereuse. Cette clinique est celle de situations lourdes, graves, extrêmes.

La dynamique interne de survie perdure après l'arrêt de la situation traumatogène l'ayant déclenchée, comme tout traumatisme psychique suffisamment important. Autrement dit, après avoir été coupé de ses affects, de sa mémoire, de ce qui faisait l'important de sa vie précédemment, il est fort délicat pour le sujet de retrouver une possibilité normale d'investissement. Celle-ci restera amputée.

Dans notre référence, nous y insistons, *il s'agit de personnes adultes*, matures, ayant connu un développement a priori normal dans leurs liens familiaux, dans leur maturation psychologique, dans leur insertion, dans leur sociabilité. Ces gens, *normaux avant, ne le sont plus après la traversée traumatique,* la zone de danger absolu, l'expérience de survie.

Dynamique de survie chez l'enfant

Qu'en serait-il maintenant pour des enfants, voire de très jeunes enfants? La plongée agonistique dont parlent Winnicott et Roussillon amènerait la constitution d'un clivage,

[471] Mais il est possible que de tels passages soient aussi le fait de vies d'enfants alors privés d'enfance. Nous avons récemment écrit un texte (Jan, 2016) témoignant de conditions de ce type chez un jeune mineur étranger (que l'on nommait « mineur isolé » il y a encore peu).

[472] Le terme « réflexe » est bien sur abusif puisqu'il implique un circuit médullaire de la réponse et non un circuit cérébral. C'est pour cela que nous l'employons systématiquement dans notre étude entre guillemets.

d'une coupure, qui viendrait interrompre la nociception mais, avec elle, également le sentiment d'existence, d'être, et de continuité.

Il s'agirait là aussi, chez l'enfant y compris très jeune comme chez l'adulte, de cette même faculté de rupture, de coupure, de déconnexion de soi, non choisie, posons-nous.

Cette expérience mortifiante viendrait interdire le lien (par l'opération du repli) ou plutôt le vider de toute attente. Le lien, pour cet enfant, ne serait (plus) rien en quelque sorte, n'aurait plus d'enjeu.

L'enfant ne serait pas/plus en attente de lien après l'expérience agonistique mais au contraire en fuite de celui-ci et en fuite tout autant de lui-même.

La clinique adulte nous semble assez superposable à celle-ci, en nous appuyant pour ainsi parler, sur notre travail hospitalier en EMPP avec des adultes étrangers traumatisés de guerre en premier lieu[473].

Ne peut-on pas postuler, avec ces recoupements et remarques, que l'enfant ayant eu à supporter et souffrir *au-delà de la détresse (agonie/mort psychique) serait lui aussi en grande difficulté pour en « revenir »,* comme c'est le cas pour les patients adultes mentionnés ? A en suivre de plus Winnicott (1983), il s'agirait d'une expérience clivée et ainsi indisponible au souvenir.

L'enfant replié malgré lui, sorti de sa propre subjectivité pour ne pas avoir à subir sa souffrance, auto-exclu de lui-même et du fond du monde relationnel, quels moyens aurait-il pour permettre que ses mécanismes défensifs ainsi engagés puissent, ne serait-ce que partiellement, faire machine arrière ?

Chez les adultes atteints de traumatismes majeurs nous étant loisibles d'aborder cliniquement, existe une certaine solidité de *la personnalité antérieure*[474]*.* La personnalité est ici constituée, ayant comporté des temps, expériences, investissements divers. Ce socle ancien, en partie inaccessible quand le cumul traumatique a fait d'importants ravages, reste néanmoins fondamental pour l'accès, comme chez notre patient Balthazar (partie II-19), à un *faux-self fonctionnel* permettant en apparence la sortie de l'enfermement traumatique et son atténuation/évitement.

C'est le recours à l'adaptation qui autorise « la distraction de soi » pensons-nous, la reprise d'un certain mouvement, qui se fonde sur l'identité de place, de rôle, l'affiliation

[473] Voir parties II-4-6 ; II-18 ; II-19 ; II-20.

[474] Cette expression est souvent utilisée dans un autre domaine médical : celui de la neurologie. En cas de changement d'état neurologique du patient (par exemple après un Accident Vasculaire Cérébral, après un état de mal épileptique ayant désorganisé l'état neuropsychique, …) il y a un intérêt du médecin pour l'évaluation de cette « personnalité antérieure », pour les manières d'être d'avant, permettant de mesurer l'écart, la métamorphose, que celle-ci soit réversible ou pas. Il est souvent fait appel à l'entourage pour essayer de l'évaluer dans ses grandes lignes.

dans le groupe (par exemple être un travailleur, avoir des valeurs reconnues par tous, des savoirs, être capable, comme les autres, etc…).

Dans le cas des enfants traumatisés précocement, des petits voire très petits enfants surtout, *l'antérieur n'existe pas. Le recours à l'avant est non avenu puisqu'il n'y a point d'avant. Ce qui est piégé par les massives défenses de survie reste piégé, c'est-à-dire inaccessible, d'où l'atteinte de la personnalité, le manque de subjectivation possible, l'indisponibilité de la symbolisation, de la mentalisation.*

La plongée[475] dans la survie à la fois préserve le fait d'être vivant, restant en ce sens une défense, mais massive, totale, devenant enfermante, empêchante. Si dans l'après-coup de l'épisode agonistique advient un nouvel environnement, potentiellement meilleur, à vocation de réparation (pouponnière, familles d'accueil, …), il n'est guère possible, en fonction de cette théorisation, que le sujet en profite, c'est-à-dire s'y accroche, s'y réfère, pour recommencer. Notre conception irait avec un dommage difficilement réversible.

Si la dynamique de survie prend le pas, la confiance conférée au lien est entamée définitivement, pensons-nous. L'agrippement à l'objet, en employant cette terminologie à la théorie de l'attachement, se réduit très considérablement, fondamentalement, s'abolit totalement parfois peut-être.

La difficulté devient ici donc l'absence d'investissement authentique de ce jeune sujet.

Ainsi, ce défaut acquis, traumatique, par repli défensif, interdisant l'espoir des liens, corrobore *l'hypothèse d'une plongée en dynamique de survie devenue définitive,* paralysant le recours à l'objet et organisant la personnalité selon ce que nous appelons *l'errance essentielle*.

Il nous faut, avant d'en venir à exposer ce que serait l'errance essentielle, (synonyme pour nous d'errance authentique, errance psychique, errance vraie, errance fondamentale) plus avant, discuter l'absence de recours au lien.

La nature de la relation à l'objet nous semble marquer une différence fondamentale entre la personnalité de l'errant essentiel et l'organisation psychique de l'état-limite.

[475] Cette plongée pourrait- elle correspondre à *un état qui vire*, comme en chimie ? En ajoutant une quantité suffisante de tel élément à tel autre, il y a tout à coup *précipitation.* Le nouvel élément obtenu est le précipité. Dans notre matière et en suivant cette logique, le nouvel état serait celui de l'individu précipité dans la survie.

Etat-limite et errance essentielle

Etat limite

Nous avons commencé à discuter de ce rapport dans la partie II-15 du précédent chapitre et c'est surtout à propos de la relation d'objet, du recours à l'objet, que nous nous interrogeons.

Dans le sillage de Jean Bergeret, nous accordons crédit à la quête d'un objet anaclitique chez l'état-limite qui reste en perpétuelle dépendance pour se sentir exister, en proie en permanence à l'angoisse d'abandon qu'il doit apaiser par ce lien (addictif).

Comme nous l'avons posé plus haut, malade du narcissisme, l'état-limite est troublé précocement et apparaît faussement normal (au sens du faux-self) dès l'enfance. Il est adapté mais fragile, évitant, clivant. Il semble aconflictuel, plongé tôt et voire pour toujours, dans une phase de latence suspecte, interdisant l'éclosion de la part cachée/clivée de sa souffrance d'abandon.

Cet enfant pseudo normal ne renonce pas au lien. Tout à l'inverse, il l'investit en fonction d'une idéalisation (au sens de l'idéal du Moi) l'obligeant à la surenchère par crainte de déplaire, de perdre l'objet et de souffrir du vide, écho de l'expérience de néantisation précoce, premier désorganisateur selon Bergeret. L'objet est pansement pour l'incomplétude vécue comme une douleur narcissique.

Le soi-caché (par référence à Masud Khan, 1976) /clivé, n'apparaît qu'en temps de débordement ou de crise, par le passage à l'acte. Le clivage opère de façon à ce que le sujet soit dans l'application de son adaptation d'un côté ou en prise avec des aspects pulsionnels non représentés, en traces, de l'autre, que l'organisation de personnalité « tient »/contient sans assurance, en employant des mécanismes coûteux (clivage, déni, soumission à l'idéal, …) pouvant s'avérer insuffisants et nécessitant le recours à des défenses externes de type addictions[476].

Dans l'état limite, ce qui reste du Moi après le traumatisme du premier désorganisateur lui permet de fonctionner de la manière que nous venons de décrire. Le sujet s'illusionne lui-même pour ne pas sombrer dans la dépression de son incomplétude et de son abandonnisme : il y a infatuation (narcissique) contre dépression. D'une certaine manière, nous pourrions dire que les difficultés du sujet ne paraissent pas, ni à autrui ni à lui-même, jusqu'à la possible découverte de son malaise (crise, décompensation, …) pouvant se produire à tout moment par rupture d'étayage (second désorganisateur), tardivement dans la vie parfois (sénescence) ou encore jamais. L'état limite est un sujet sans adolescence selon Bergeret.

[476] L'alcool s'offrant comme élément culturellement syntone jusqu'à un certain point, tandis que les drogues illicites inscrivent tout de suite dans un éloignement des communs du groupe (Jan, 1989).

Nous avons pu penser antérieurement que les états-limites passent leur vie en état de crise (Jan, 1988), leurs mécanismes de défenses (entre névrose et psychose) restant couteux comme ils peuvent l'être en période de crise et n'autorisant pas l'auto détermination authentique : le sujet se fuit, se supporte, mais ne se rencontre pas lui-même. C'est l'autre qui le maintient, comme en période de transition.

Il nous semble possible de dire que l'état-limite est une manière de désigner la tombée du sujet dans une crise non élucidée, maintenue et plus ou moins bien contenue par des mécanismes de défenses organisés et non obligatoirement définitifs[477].

Errance essentielle

Le sujet plongé dans l'errance essentielle n'est pas non plus, comme l'enfant futur état-limite, nécessairement détecté en tant que sujet souffrant dans l'enfance. Il aurait eu à supporter des événements externes/internes (notamment par absence de recours) confinant à « l'agonistique », en sortirait avec séquelles graves pourtant.

Dans les cas où l'enfant a été placé, c'est à dire déplacé de son milieu primaire pour plus de protection, il est su qu'il a été victime de mauvais traitements et/ou de négligences, ce qui justifie la situation d'institutionnalisation ou d'accueil par une famille salariée de la protection de l'enfance. Nous avons mentionné combien il serait utile que chacun, devant jouer un rôle pour l'enfant en tel contexte, devrait pouvoir *penser* la situation de ce dernier en se référant à cette traversée/plongée agonistique. L'éducatif devrait se fonder sur ce préalable.

Il n'y aurait, selon nous, que des *plongées* agonistiques : le sujet n'en sortirait indemne, jamais vraiment. *Il ne serait ainsi pas correct de parler d'une traversée agonistique mais plutôt de stase, d'état, qui ouvrirait le destin de son porteur à l'errance essentielle.* En d'autres termes, si l'enfant vit un état d'agonie psychique authentiquement, cette expérience serait indélébile et engagerait forcément son porteur dans le renoncement au lien. Dit autrement encore : l'expérience agonistique *dans la petite enfance* figerait le sujet en mode de survie, c'est-à-dire l'installerait dans l'errance essentielle. Séméiologiquement, inférons que l'enfant dont il s'agit est anéanti dans ses ressentis et ses recours. Alexithymique, il peine à exprimer ses émotions : en amont, il butte à les reconnaître et à les différencier. Il est froid vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis d'autrui, opératoire dans son rapport au corps et à la vie, approximatif dans sa manière de se posséder lui-même, de se gouverner, de se contrôler, de se respecter, de s'investir.

Comme nous avons tenté de le dire, le sujet est ici mortifié, empêché en lui-même de réellement faire recours à l'objet par l'entrée en vigueur « réflexe » de ce mécanisme

[477] L'exemple de Pat, mentionné page 261 et exposé dans l'Annexe N°4, en donne une figuration.

de clivage le coupant de lui-même et de sa souffrance. Le lien est vidé de son sens en même temps que de son danger (s'il en venait à être négatif comme ce fût le cas jadis, de manière ravageusement précoce).

Ceci ne veut pas dire que l'enfant, puis le sujet adulte, ne peut avoir de liens. Nul ne peut survivre à la solitude absolue et rappelons que l'isolement est utilisé comme une torture (Sironi, 1999). Le lien est nécessaire à la vie humaine et l'errant n'est pas (ni même le sujet psychotique), jamais, à 100% anachorète et « pour de vrai » autosuffisant.

Par contre, ce que nous disons s'attache au fait que *ses liens ne sont plus (jamais) investis avec profondeur,* avec attente, avec espoir de construction, de réassurance, etc… *Le lien est vidé, asséché, opératoire*, sans plus de sens.

Peut-être pourrions-nous dire que chez l'errant essentiel, le lien *distrait* mais ne comble rien. Chez l'état-limite, le lien comble tant qu'il est en place et manifeste, *guérit superficiellement en durant* du ressenti de vide.

La nature du lien chez l'errant essentiel serait sous-tendue par le besoin primaire, par l'intérêt immédiat et… la survie. Le sujet lui-même ignore qu'il n'y cherche rien de plus. Le sujet errant essentiel adulte peut avoir un discours plaqué, normalisé, « comme tout le monde » (Declerck, 1997), mais ses mots n'ont pas de sens incarné, son fonctionnement psychique ne lui permet pas de s'arrêter sur le sens.

Ce sont surtout ses réactions à l'égard de l'autre qui expriment cela. Par exemple, comme le dit Declerck (1997), il n'y a pas de réaction affective à la perte d'objet. L'objet serait largement remplaçable dans la fonction opératoire que l'errant lui attribue, lui assigne. L'objet serait neutralisé, réduit au plus petit niveau d'exigence. C'est un «objet opératoire». L'attachement affectif attendu ne semble pas probant, voire inexistant.

A force d'avoir été déçu/annulé/attaqué par l'objet, par les objets primaires perpétuellement frustrants dans la répétition traumatique perdurant, le sujet se défend *fondamentalement* de ce qu'il pourrait en attendre par une autarcie psychique.

Avec ce mécanisme de survie régissant le rapport à soi et au monde, le sujet serait propulsé dans un temps identique, circulaire. Rien attendre (ou se programmer pour ne rien pouvoir recevoir, la proposition devient identique), propulse le sujet en étant atteint dans un espace peu différencié où l'âge, les époques de la vie s'équivalent. Rappelons-nous de la difficulté majeure de Vanil à ce niveau, dont nous avons exposé le cas au chapitre II.

Comme nous l'avons noté, à l'âge adulte mais parfois dès l'enfance, l'imperméabilité à la souffrance interne non représentée (c'est bien cela que requiert la souffrance agonistique) se parfait par l'usage massif de psychoactifs.

III-3-5 Inférence logique sur la clinique des SDF et la distinction des personnalités à la rue

Lien à l'animal et errance

Forts de ces raisonnements, nous pouvons inférer que les personnes SDF trouvant recours auprès d'un animal de compagnie[478], la plupart du temps un chien, partageant tous les instants de leur existence, fonctionnent avec l'usage de cet objet ayant valeur d'objet transitionnel, devenu permanent, remplaçant de l'objet humain défaillant. L'attachement au « fidèle compagnon» (la fidélité canine est un élément culturellement mis en avant) nous semble pouvoir être un indice de lutte contre la défense de survie coupant l'accès au recours à l'autre, favorisant l'autarcie auto-excluante.

Qui se noue avec un animal serait de fait moins errant, au sens de l'errance essentielle que nous proposons. Nous considérons, en termes de structure de personnalité, qu'une personne désocialisée faisant appel à ce type de tiers *serait moins en errance*, moins en désespérance de liens, qu'un errant essentiel abouti.

Le fait de vivre sa vie avec cet autre, animal, réputé moins lâcheur que l'homme et le prouvant au quotidien d'une vie sans abandon ni séparation (l'animal est dépendant de l'homme, autant que l'est ce maître pour lui dans ces circonstances) manifesterait une dynamique interne de besoin d'étayage (nous n'abordons pas ici le cas des individus vivant avec une meute, hors du compagnonnage singulier).

Nous pensons que le sujet ne se voit pas dépendant de l'animal directement (il considère d'abord le contraire, ce qui est à la fois vrai _ un animal est dépendant de son maître _ et projectif : il voit en l'autre ce qu'il ne peut reconnaître en lui-même). Il prend la responsabilité de le prendre en charge, comme d'autres auraient charge d'âme, et sont vigilants à la manière dont les tiers feront attention à lui.

Ce mécanisme paraît tout à fait comparable à ce qu'Olivier Douville souligne avec certains jeunes semblant errer, nous présentant leur ami souffrant et jaugeant/jugeant dans l'occasion si nous serions aussi des interlocuteurs valables pour eux-mêmes[479]. Il s'agirait certainement plutôt, de notre point de vue, de jeunes en crise, en attente circonspecte de liens, mais non en errance radicale, essentielle donc.

D'autres études que la nôtre prennent actuellement pour objet le SDF et son chien[480].

---

[478] Existent aussi des cas de personnes psychotiques, délirantes ostensiblement, qui s'entourent de la présence d'un animal. La relation qu'ils nouent alors n'est pas cette relation de double narcissique et d'étayage que nous dépeignons ici. Il s'agirait plutôt d'un chien (ou d'un serpent, nous l'avons vu une fois!) envisagé comme une protection contre le monde extérieur persécuteur. L'animal ici ne semble pas investi dans la sérénité et la réparation mais possiblement dans la violence, la crainte. Le cas d'un homme fou, **Martial,** squattant dans une voiture devenue mille feuilles spectaculaire d'objets de récupération, accompagné de son grand chien parfaitement affolé par l'aspect vindicatif de son maître, nous semble assez emblématique de ce type de cas.

[479] Nous avons évoqué ce passage dans la partie III-2 que nous consacrons à la pensée d'Olivier Douville.

[480] Mentionnons la recherche de thèse en cours de Julie Chevalier, sous la direction de Pascal le Malefan à l'Université de Rouen, intitulée : *Les processus psychiques en jeu dans la relation entre le sans domicile et son chien.*

L'errance avec chien (qui ne serait donc pas errance essentielle) serait de meilleur pronostic, selon notre logique. L'ouverture d'une aire transitionnelle (vers plus de lien à l'humain potentiellement), comme celle que nous voyons dans le rapport au chien, pourrait être une voie d'évolution/ « guérison » de la coupure relationnelle et psychique qu'est l'errance.

Nous repensons, en écrivant ce passage, à ce jeune homme SDF, **Brian**, en rupture de liens familiaux, ayant quitté sa famille pour raison de mésentente permanente de ses parents en sa présence, en raison aussi de la froideur paternelle lui étant réservée depuis son adolescence. Ce garçon trouvait la rue comme accueil à sa fugue, devenue fugue durable. Il y vivait avec son chiot devenu rapidement un grand chien, dont il prenait grand soin et qui dormait, même devenu (très) grand, avec lui dans son duvet.

Le destin de ce garçon n'a pas été celui d'un effondrement (malgré différentes somatisations graves l'ayant conduit à des opérations chirurgicales exposées). S'inscrivant avec d'autres « punks à chiens », il apprenait les arts de la rue, perfectionnait, malgré sa consommation de psychoactifs, le jeu sur son instrument.

Il est actuellement musicien, semblant inséré et domicilié ordinairement.

Progressivement, il nouait relation avec une femme significativement plus âgée que lui. C'est à partir de cette relation amoureuse, première de ce genre, qu'il s'éloignait peu à peu de la vie dehors. Il confiait sa chienne à son ex-amie après séparation comme un enfant après un divorce : selon une stricte garde alternée. L'ancien objet transitionnel comme objet-enfant du couple ?

Nous pensons voir dans ce cas une réussite de la fonction transitionnelle de l'animal chez un jeune adulte non dévasté par une souffrance d'errance essentielle mais plutôt atteint par un virement de l'ambiance familiale (après une enfance d'apparence normale) ayant perturbé les conditions « bourgeoises » de la crise d'adolescence chez lui, la transmutant en éloignement radical et en recherche de modèles identificatoires autres.

Pour terminer ce passage, ajoutons que dans l'urgence sociale, les accueils acceptant les chiens sont assez rares nationalement. Le parti pris, souvent entendu dans les associations, est que les personnes SDF devraient pouvoir comprendre qu'elles se barrent beaucoup de possibilités en se cramponnant à leur animal, non admis si souvent. *L'institution souhaite des individus isolés.*

La logique d'étayage n'est ici pas du tout envisagée comme condition de mieux aller, comme tentative d'investissement et de lien fiable. De plus, très souvent avons-nous remarqué ces dernières années, les lieux à chenils ne sont plus valorisés par les institutions. L'image des molosses et des punks, avec la crainte qu'elle draine, aurait-elle amené à cela ? Sachant que des SDF avec chiens sont souvent en compagnie d'animaux discrets et inoffensifs…

III-4 L'errance interne/essentielle et son rapport à la dépression essentielle de Pierre Marty

Notre proposition *d'errance essentielle* se lie nécessairement à la notion de *dépression essentielle* développée à la fin des années 1960, sans bien sûr pouvoir se confondre avec celle-ci.

III-4-1 Eléments sur la dépression essentielle

Pierre Marty a publié en 1968 « La dépression essentielle » dans *la Revue Française de Psychanalyse*[481]. Il la présente comme relevant d'une économie libidinale pauvre relevant d'un conflit narcissique entre l'Idéal-du-Moi et le Moi (ce qui sera précisé avec l'article d'Alain Ksensée que nous aborderons à la suite), avec une régression topique et une dédifférenciation de l'Idéal-du-Moi.

La dépression essentielle dite psychosomatique, ou encore « dépression sans objet » pour Pierre Marty (Op. Cit. p. 595) diffère de la dépression névrotique : si le sens de cette dernière est accessible et qu'elle manifeste un état des affects à un moment de l'histoire du sujet, il n'en irait pas ainsi dans ce que propose Marty. La clinique allant avec ce concept (expressions dans le corporel, angoisses sans représentation d'objet) rejoint celle que Freud associait aux névroses actuelles.

Marty exprime le malaise du thérapeute face à ce patient sans émotion, sans demande (psychique) : « il ne demande rien parce qu'il ne souffre guère » (ibid).

Malgré cette attitude (de nature à désappointer le thérapeute, selon l'auteur, mentionnons-le), « la […] dépression est cependant évidente comme l'a révélé le contact psychanalytique et comme l'anamnèse le confirme ; elle réside dans l'abaissement marqué du tonus libidinal, à la fois objectal et narcissique. Il n'y a aucun recours, ni intérieur, ni extérieur » (Op. Cit. p. 596).

Marty poursuit en ces termes : « la dépression essentielle présente ainsi le tableau d'une crise sans bruit, laquelle prélude souvent à l'installation d'une vie opératoire, véritable dépression chronique dans laquelle elle se fond » (ibid).

Il remarque l'effacement des fonctions psychiques ordinaires (identification, introjection, projection, déplacement, …), « […] une disparition de la libido tant narcissique qu'objectale, et cela sans compensation économique autre que le morcellement fonctionnel. Je crois que ces deux termes : disparition de la libido, d'une part, morcellement fonctionnel, de l'autre, constituent la définition même de l'instinct

[481] RFP, Tome XXXII, N°3, 595-598.

de mort, sur lequel nous débouchons» (ibidem). Ce serait à la mort, selon Marty, que la dépression essentielle conduirait (Op. Cit. p. 597).

Dans d'autres types de dépressions se repèrent des liens libidinalisés (en souffrance); ici, il n'en serait rien.

« […] Ce phénomène incompréhensible et difficilement conceptualisable sur le plan économique de la perte, sans compensation, sans contrepartie, d'une énergie, l'énergie libidinale, qu'il s'agit d'un phénomène justement comparable à celui de la mort où l'énergie vitale se perd sans compensation, sans contrepartie. Les déprimés essentiels semblent ainsi porter déjà en eux des phénomènes de mort » (ibid).

Commentaires sur la dépression essentielle

Marty insiste sur le fait d'une mortification en cours, accentuée, par un retrait libidinal de soi et de l'objet et par une coupure, un clivage d'avec soi-même. Le sujet _ qui devient dans la conception de Marty et de l'école de Paris le patient psychosomatique, présentant une pensée opératoire, froide, sans affect, une absence de mentalisation de son parcours, un éloignement de son ressenti _ *souffrirait peu, ne pourrait se rendre compte de sa souffrance.*

Le Moi-Idéal serait surreprésenté dans les situations de désorganisations progressives où l'on observe la dépression essentielle : cette instance étant alors envisagée par Pierre Marty comme rejeton du narcissisme primaire.

Comme le mentionne Patrick Declerck[482], *les patients de ce registre de personnalité ne sont pas nécessairement en échec social*, *contrairement aux errants auxquels (Declerck, comme nous) nous nous intéressons.*

Apports d'Alain Ksensée

Dans « Dépression essentielle et narcissisme » (2004), Alain Ksensée reprend l'intérêt de Marty pour le Moi-Idéal dans l'économie narcissique d'une dépression essentielle. Formation précœdipienne, il s'agit d'une instance de toute puissance narcissique, normalement transitoire, passage obligé dans le développement du Moi comme un aspect retrouvé du narcissisme primaire.

Le stade anal et le Moi-Idéal seraient liés par l'adaptation motrice à l'objet : « les exigences du Moi-Idéal sont liés à la motricité, à l'acte moteur. La vigueur, la force du

[482] Dont nous avons surtout exposé la pensée au Chapitre III-2 dans le présent travail.

Moi-Idéal puisent leur source *dans la libido liée à l'analité* » (Ksensée, 2004). La limite de l'activité corporelle équivaudrait à une blessure narcissique, selon cette dynamique.

L'auteur pose que la vulnérabilité du corps ne doit pas se manifester, d'où la particulière condamnation des zones érogènes (surtout anale) par nécessité narcissique du Moi-Idéal, échappant à la toute-puissance.

Egalement, la force du Moi-Idéal se manifesterait dans le fait que les patients concernés verraient leur possibilité de pensée abstraite disparaître au profit d'un acte moteur. Alain Ksensée prend l'exemple d'un homme profitant de sa psychothérapie et se surprenant à ne pas pouvoir penser en dehors des séances sans l'appui d'un support concret. Les patients concernés souvent font usage de (sur) activité pour éviter la pensée, pour annuler le vide et la perte de l'objet (mode opératoire de pensée).

Les représentations seraient au plus désignées et reconnues superficiellement, avec le maintien d'une « […] indistinction spatiale de l'intérieur, de l'extérieur, de la distance». Continuant de citer Pierre Marty, l'auteur mentionne ce passage : « c'est ainsi que le Moi-Idéal nous apparaît d'avantage comme un phénomène négatif mettant en relief l'insuffisance évolutive ou l'effacement plus ou moins durable d'une organisation mentale ». Le Moi-Idéal vient contrer le fonctionnement du Moi ; l'idéal impose le recours à la motricité.

Du point de vue de la succession des acquisitions de l'enfant, celui-ci tire plaisir de la découverte de sa puissance motrice. Le Moi-Idéal serait issu de cette toute-puissance que l'enfant rencontre par les nouvelles capacités de contrôle sur son propre corps : il renforce ses possibilités de mouvement, de déplacement, son contrôle sphinctérien. Il y a rupture avec le monde oral (passif-oral) d'avant, monde «sans limite » mais sans prise du sujet.

Pour le passage de la relation d'objet orale à la relation d'objet anale : il y a opposition entre narcissisme moteur et pulsions sadique-anales, de maîtrise. En situation normale, l'enfant renonce à la toute puissance motrice et accède à l'analité, c'est-à-dire en vient à renforcer sa propre existence. Il différencie, par la possession d'un objet fécal, plaisir et déplaisir, pouvant désormais projeter sur lui le négatif. « Le Moi-Idéal commande une attitude narcissique motrice qui tente d'écarter la zone érogène anale. Cet Idéal de motricité condamne toute régression. *Il s'agit alors d'une clinique du silence et de l'activité »* (Op. Cit. p. 1291).

La dépression essentielle, étudiée depuis la cure des patients concernés par les analystes psychosomaticiens, se manifesterait par les effets du conflit intra narcissique. Le conflit Moi/Idéal-du-Moi est peu observable. Silencieuse, la dépression essentielle serait surtout manifeste dans la pensée opératoire (et la désorganisation de la vie psychique qui va avec : peu de mémoire, vide des idées, peu de représentations, absence d'affects …).

Alain Ksensée parle, dans sa conclusion, d'un « Moi sensori-moteur » dans la dépression essentielle *ne pouvant refouler* les tensions issues des pulsions, qu'il baptise alors *« chercheuses » d'objet* (Op. Cit. p. 1293). Cette organisation obéissant au Moi-Idéal, narcissique et tout-puissant, devrait se défaire par la motricité, le mouvement, le corps, toute excitation, ouvrant à l'opératoire. L'auteur cite Claude Smadja[483] qui parle de la dynamique de ce conflit en appuyant *sur les impératifs de conformité sociale*, sur le recours à des figures régressives du Surmoi, sur le narcissisme de comportement.

III-4-2 Eléments sur l'errance essentielle au regard de la dépression essentielle

La dépression essentielle paraît comme une dépression sans objet. Contrairement au modèle mélancolique de la dépression (S. Freud, 1986b), il n'y est pas question de culpabilité inconsciente. La cible de cette dynamique serait l'organisation somatique du sujet, mais aussi sa vie psychique appauvrie, sans relief, déprimée en ce sens. Il y a bien dépression et blessure narcissique, tableau mortifère restant largement hors du champ de connaissance du sujet lui-même. Ici *la libido disparaît littéralement*, amenant les prémices de la mort : l'énergie se perd mais il n'existe pas de compensation pour contrer le phénomène.

Nous y avons insisté, l'instinct de mort est patent. Marty se distingue de Freud concernant cette notion : les choses ne se situent pas dans la dualité pulsion de vie/pulsion de mort. Il y aurait ici carence de l'instinct de vie et « prise de pouvoir » de l'instinct de mort. Le sujet atteint ne se plaint pas et ne semble pas souffrir ; les choses se passent froidement pour lui, hors émotion, hors affect, hors représentation, au mieux intellectuellement.

L'élan vital s'affaisse avec l'instinct de vie. La situation n'est pas mentalisée, va avec une désorganisation mentale puis l'installation d'une pensée opératoire, l'ensemble arrivant comme une crise silencieuse et singulièrement dangereuse (chez l'adulte généralement). Le sujet serait coupé de ses désirs, indifférent à ses liens (y compris à lui-même), défait de son orientation dans le temps (vis-à-vis du passé, de l'avenir), vivant dans un présent hors plaisir.

Cet ensemble correspond à un défaut de fonctionnement du fonctionnement préconscient mettant en liens les représentations de choses et de mot, instance intégratrice des expériences sensorimotrices avec la pensée globale du sujet.

Si, dans la dépression essentielle, le sujet est tenu, selon la logique d'idéal que nous avons mentionnée, à une irréprochable conformité sociale, il n'en est évidemment pas de même avec l'errance essentielle serait, état comptant à l'inverse avec une

[483] Dont nous utilisons aussi les réflexions dans la partie II-8 de notre recherche intitulée Errance et processus « auto-calmants»: l'acte et le mouvement comme défense ainsi que dans la partie II-13, L'errance en tant que « pathologie de l'agir»: recours à l'acte et manque de mentalisation. Apports des psychosomaticiens.

manifeste désocialisation du sujet, celle-ci ne semblant pas faire point d'alarme pour lui.

Le fait est que l'état corporel de l'errant essentiel est alarmant pour ses interlocuteurs, mais a priori pas pour lui-même, hormis parfois *sur le vif* d'une annonce de risque grave. Nous rencontrons en permanence dans les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité des personnes de ce type, semblant effrayées par l'annonce médicale les concernant [484] Cette frayeur s'avère sans effet durable, n'empêchant jamais ou presque la sortie des conditions d'expositions de soi, la reprise de l'itératif, du temps circulaire, du même.

Combien de ces grands errants continuent l'alcool après des pancréatites aigües par exemple, ne suivent pas les soins de leurs plaies ulcérées, etc… Il y a reprise des défenses habituelles, massives : l'alcool ou les toxiques, les circuits habituels de chaque jour, etc…

Existe un trait commun en cela avec les personnes porteuses d'une dépression essentielle : dans cette part indifférente à soi-même, dans cette possibilité d'aborder superficiellement par l'intellect désincarné, sans « réalisation » de ce qui est dit les concernant dirait une terminologie non spécialisée.

Le mode de pensée dans l'errance essentielle est excessivement proche de la pensée opératoire et alexithymique.

Il y a ici aussi coupure, rupture avec ce qui fait histoire, ce qui fait lien, ce qui fait unité existentielle. Le sujet évolue « tête vide » dans l'errance essentielle, coupé de lui-même. La réalité des trajectoires des errants authentiques va aussi avec la gravité de la casse précoce de leurs liens, de leur exposition majeure à des abimes.

Les errants essentiels ont une dynamique interne qui les attaque de manière directe ; s'ils ne le sentent pas/plus eux-mêmes, les autres (nous) le voient (le voyons). L'aspect mortifère, s'il est sûr, serait plus insidieux dans la dépression essentielle, moins manifeste au regard des autres (non spécialistes).

Les personnes atteintes de dépression essentielle ne semblent pas avoir eu à subir de traumatismes précoces agonistique, pas de désorganisation allant jusqu'à cette extrémité, cette violence, ce ravage: dans leur développement, elles ont pu apprendre, se conformer, vivre dans des conditions relationnelles a priori non désertiques. Tout ceci est ravagé dans l'errance fondamentale.

Rappelons ce que nous postulons, et que nous avons antérieurement écrit dans le cours de cette recherche : l'errant essentiel est un individu qui, à force de désillusion relationnelle, de tromperie du lien, de manque total de fiabilité de l'objet (primaire), se

[484] Souvent violente et sans égard pour cette population, ce qui rejoint les notions que nous avons développées concernant l'accueil des indésirables à l'hôpital au chapitre premier de ce travail.

trouve plongé sans choix dans la logique (« réflexe ») de mécanismes de survie, de restriction de son être et de son Moi. La conséquence de cette « tombée » en survie serait qu'il ne s'accroche plus, plus jamais vraiment, à quelque objet. Fuite de l'autre, fuite de soi et maintien d'un minimum « d'autre de survie » à visée strictement utilitaire: le programme existentiel relationnel se bornerait dans cet espace réduit pour eux.

Nous comprenons de la dépression essentielle qu'elle s'installerait à un certain moment de la vie du sujet qui serait un temps de décompensation. Les auteurs psychosomaticiens que nous citons, Marty lui-même, semblent suggérer une apparente normalité antérieure. Ils considèrent aussi que cet état (absence de mentalisation, pensée opératoire) pourrait être atténué/amélioré, même s'ils ne semblent pas parler de réelles sorties d'état, par la psychothérapie analytique : le processus pourrait être ralenti, la pulsion de vie stimulée par un tel dispositif d'aide.

Ceci, malgré l'hypothèse d'une vie psychique restant sous la domination anachronique de l'instance normalement transitoire du Moi-Idéal, laisse entendre un fonctionnement rigide mais pseudo-normal depuis l'enfance chez les personnes pouvant souffrir de dépression essentielle. Cette pseudo-normalité ne correspond pas à celle de l'état-limite, autre diagnostic différentiel pour notre errance essentielle[485], celle-ci fondée sur l'angoisse d'abandon, la dépendance itérative à l'objet, la relation anaclitique.

Dans l'errance essentielle, nous considérons qu'il n'y a pas de paravent, de pseudonormalité. Sans que les aspects pathologiques aillent jusqu'à la psychose, l'adaptation est toujours limite (voire : l'inadaptation est immanquablement visible), les acquisitions culturelles (via l'école, les apprentissages) rarement performantes (hors de toute problématique de capacités intellectuelles) voire quasi absentes. Ces difficultés manifestes ne sont certainement pas considérées avec la gravité qu'elles méritent et les risques qu'elles suggèrent pour l'avenir par l'entourage éducatif de ces enfants déjà errants.

C'est surtout dans les liens que les difficultés sont les plus évidentes. Ces enfants puis adolescents ne s'accrochent pas, ne demandent rien aux adultes auxquels ils sont confiés et ne mettent pas l'accent sur *la non-demande précoce de ces enfants* comme signe/symptôme du malaise interne.

Le sujet futur errant essentiel n'est pas, selon notre conception, en mesure de se figurer son propre malaise, tâchant plutôt de fuir, d'aller vers/avec des défenses/excitations auto-calmantes. La parole n'est pas vecteur de mieux aller pour lui ; ce serait l'action, parfois le passage à l'acte, qui serait mode de décharge et expression privilégiée, infra langage donc. Ce serait à travers l'acte qu'un « fond d'être» serait à saisir, à décrypter, par une lecture psychopathologique intégrant ce recours à l'acte autrement que comme un simple équivalent psychopathique (évacuant trop aisément le sujet et le stigmatisant socialement par ailleurs).

[485] Dont nous avons parlé en partie III-3-4.

Quel retour du thérapeute au patient, sachant comme nous l'avons vu, tout le contournement qu'opère ce dernier vis-à-vis de la dynamique des rencontres thérapeutiques? Comment essayer d'introduire pour ces sujets la question du sens de leurs conduites et de leur existence?

L'effort de parole vraie, authentique, exactement comme le valorise Olivier Douville (voir pages 320-328 du présent travail) pour les adolescents et jeunes gens en errance, serait à fournir de la part des adultes les ayant en charge, notamment les thérapeutes, mais pas seulement eux.

L'errance essentielle commandite littéralement l'usage de ce que nous avons appelé durant notre travail des *« défenses externes »* que nous explicitons ici. Elles seraient *externes* au sens où elles ne sont pas idiosyncrasiques, pas fabriquées par le sujet lui-même. Celui-ci en fait usage mais elles appartiennent à la culture, au groupe d'appartenance. Elles consistent en conduites existantes dans la culture. Par exemple, l'alcool est un produit licite et tous les adultes en consomment peu ou prou dans notre culture (fortement alcoolisée, personne ne l'ignore). Devenir alcoolique serait le fait de surutiliser cet item personnellement, le sujet devenant ainsi « comme tout le monde mais un peu plus que tout me monde ». Nous renvoyons à ce que Georges Devereux peut en dire[486] .

L'errance essentielle est un processus paradoxal : c'est *vivre quand-même* (le sujet ne meurt pas) en vivant moins en quelque sorte, *sans vivre vraiment*. C'est survivre, avec cette logique provenant de l'autoconservation _ des pulsions du Moi[487] _ plus que de la libido d'objet, des pulsions sexuelles.

L'errance essentielle ne définirait pas pour nous une « vie pour rien », pour renouer avec des façons de dire employées par Patrick Declerck et Patrick Henri, mais une «vie quand-même » tenant d'une survie du sujet ayant été mené à cela dès l'enfance, malgré lui, et du fait de traumatismes l'ayant plongé dans une expérience agonistique précoce aux effets non réversibles.

S'il semble que la tombée psychopathologique partielle dans la dépression essentielle soit possible pour beaucoup (comme phénomène de crise psychosomatique pouvant être jugulée et ne donnant pas lieu nécessairement à une plongée vers une décompensation somatique mortelle), l'errance essentielle ne pourrait survenir qu'à conditions d'enfance suffisantes, c'est-à-dire en cas de mal passé grave, précoce, catastrophique.

[486] Chapitre premier de notre travail.

[487] « L'énergie des pulsions du Moi n'est pas libido mais « intérêt » ». Laplanche et Pontalis (1978) article *Pulsion du Moi,* page 382.

III-5 Errance essentielle et auto-exclusion

Jean Furtos (2008) propose une genèse de l'auto-exclusion chez l'adulte désocialisé, processus progrédient fondé sur l'attaque de soi en situation d'exclusion sociale. L'état de désolation et d'abandon/déshabitation de soi qu'il considère est dit par lui réversible jusqu'à un certain point, bien nettement différent d'un état de clivage schizophrénique, et que son porteur après quelques jours d'hospitalisation bienveillante[488] (c'est à dire dans des conditions d'aide, d'entourage, de stimulation, d'évolution sous le regard des autres) peut gommer jusqu'à apparaître à la manière d'un individu lambda, pseudo normal/normalisé, fonctionnant apparemment et dans ces conditions en *quidam vulgum*.

Dès sa sortie, il n'en ira plus de même, la confrontation au vide interne et externe relançant presque en « réflexe » là aussi les défenses devenues ordinaires du sujet. Le sujet revient à l'auto-exclusion et à ses mécanismes extrêmes.

L'hypothèse de l'errance essentielle sous-entend que le sujet concerné connaît l'auto exclusion comme une *condition d'existence habituelle*, pour lui normale, quasiment depuis l'origine. L'auto-exclusion irait là avec l'indifférence à soi et à l'objet, avec une défaite de toute réelle capacité positive, appartiendrait à l'apanage des conditions de survie figées dans l'errance essentielle.

Adulte, cet ancien *enfant errant essentiel* demeure psychiquement dans ce qu'il fût, selon une stabilité relative allant fonction surtout de ce qu'il pourra trouver comme attention venant de l'extérieur et pouvant, sans contrepartie venant de lui, quelque peu minimiser l'emprise de la pulsion de mort, l'entropie accélérée.

III- 6 Proposition de définition de l'errance essentielle

Nous proposons, pour définir l'errance essentielle, cette formulation en plusieurs volets avant de nous essayer à une définition synthétique:

Volet général :

_ L'errance essentielle correspond à un état psychique particulier, structuré et difficilement modifiable sinon immuable, amenant le sujet en étant porteur à vivre selon des modalités de détachement, de non accroche vis-à-vis de l'objet. Une telle organisation de la personnalité n'est guère compatible avec une vie sociale classique et propulse l'individu ainsi construit à une existence flottante, sans but, sans affiliation, n'étant pas en recherche de sens ou de particulier investissement.

[488] Nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi au chapitre premier du présent travail (partie I-8 sur le contre-transfert à l'hôpital vis-à-vis des « indésirables » de la rue) et au début de notre second chapitre à propos du refus de soin (parties II-I-7 à II-1-11).

_ Si l'errance essentielle conduit, selon nous très directement et très tôt, à la désocialisation, toutes les personnalités se trouvant dans une situation de désinsertion relevant de la grande exclusion ne sont pas pour autant des personnes en errance au sens de l'errance essentielle (notre thèse nous semble l'avoir rappelé).

_ Cet état psychique ne se construit pas à la suite d'un événement traumatique majeur tardif et se différencie de ce type de dynamique (imagée dramatiquement par la clinique des migrants gravement traumatisés) qui autorise certains réaménagements après-coup puisant dans les ressources adaptatives de la *personnalité antérieure* au trauma (occasionnant un faux-self fonctionnel). En état d'errance essentielle, tout se passe comme si le sujet a connu une exposition précoce catastrophique, relevant d'une expérience agonistique, ayant entraîné une césure irréparable dans la confiance en l'autre, la confiance de lien. N'existe pas de possibilité de recours à l'antérieur (comme chez l'adulte traumatisé), ce qui justifie l'emploi de la notion « d'essentiel » dans notre choix d'appellation et explique l'aspect intangible des effets traumatiques.

_ Tout se passe comme si le psychisme de l'errant essentiel, n'ayant pu se défendre du ravage traumatique de par son immaturité, s'était engagé malgré lui dans une dynamique de survie précoce lui permettant de se maintenir en vie sans autoriser désormais aucune souplesse de développement : tout l'avenir se vit sous le joug de cette nouvelle dynamique interne, défensive, venant murer toute perspective réellement subjectivante.

Volet Métapsychologique

Pour rejoindre maintenant le niveau métapsychologique, avec la préoccupation de rester fidèle à la méthode freudienne, nous soumettons une analyse en termes économiques, dynamique et Topique de l'errance essentielle.

_ Sur le plan économique, l'errance essentielle se rapproche de la dépression essentielle à ceci près que cette dernière n'amène pas au sacrifice social du sujet, bien au contraire : malgré la charge de la pulsion de mort dans la dépression essentielle, la vie sociale, notons-le, continue, reste valide. Ce n'est plus le cas dans l'errance essentielle qui grève totalement la pulsion de vie. L'investissement d'objet est minimal, et l'énergie d'investissement ne semble pas correspondre à celle de la libido (d'objet). Le lien n'est pas investi, ou l'est « au raz de la survie » : il s'agit d'une économie d'autoconservation, soit de survie, restrictive donc, ne permettant aucune ouverture authentique à l'autre, à l'extérieur comme ressource et lieu de désir.

L'abaissement des exigences pulsionnelles, leur apparente disparition, a pour corolaire l'absence théorique de l'angoisse, des conflits internes, des antagonismes.
Ce type de mécanisme n'est cependant jamais suffisant et la nécessité de le parfaire par l'usage de défenses externes (objets addictifs) est quasi constante.

L'énergie vitale est réduite, trouvant toutefois une direction d'écoulement dans le détournement consistant à répondre au besoin de maintien dans l'absence de pensée, de conscience, besoin venu prendre la place de tout réel désir.

_ Sur le plan Topique, Le Moi de l'errant essentiel serait inconsistant, incapable de diriger le psychisme vers un but, incapable de le défendre contre des dangers. Le Surmoi serait très largement désaffèrenté du système psychique en question dans laquelle la conformité, l'engagement syntone n'est pas une recherche (ni non plus une méprise). *Le sujet se décentre de lui-même*, propose Valérie Colin, se périphérise en empruntant des lieux de dépôt pour fonctionner sans la charge des traces des malvécus clivés. L'intégration de celles-ci nous semble cependant parfaitement illusoire et inélaborable. Une part de soi est en l'autre du groupe, l'autre qui voit l'effroi là où l'acteur de la pulsion d'autodestruction la dénie, l'annule, la scotomise. Point de retour, nous semble-t-il, pour ces parties extrêmes, figures des lésions traumatiques primaires et conséquences de celles-ci.

_ La dynamique de l'errant essentiel tiendrait d'une dynamique paradoxale, engagée sur la pente de la pulsion de mort, de l'auto-destructivité. Il continue de vivre et ne meurt pas mais les conditions mêmes de cette existence sont au prix de l'exposition, de l'évolution sur la brèche, la mort étant en risque permanent sans que le sujet n'en semble ordinairement conscient (alors qu'elle apparaît à autrui) ou affecté.

L'errant essentiel est un funambule méconnaissant de sa qualité d'équilibriste, qui bouge sans dépasser le surplace de ses positions psychiques.

Définition synthétique

L'errance essentielle correspond à une dynamique existentielle pathologique issue d'un contexte traumatique précoce ayant remplacé la possibilité normale d'accès au vivant par une condition apparaissant définitive *de survie* fondée sur *l'impossibilité d'accroche à l'autre*. L'errance essentielle fait vivre paradoxalement, de façon mortifère, en condamnant son porteur à ne pas acquérir, à ne pas développer, à ne pas construire, le maintenant dans des non-liens, des non-sens par lui seulement acceptables, à une vie sans projet, sans désir, dans laquelle la subjectivation n'advient que très partiellement. Organisée autour de ce vide fondamental, de cette survie, l'errance essentielle conduit très sûrement à la désocialisation extrême, à la marginalisation grave, raccourcit la durée de vie.

CONCLUSION
DES PERSPECTIVES CONTRE L'ERRANCE?

Notre étude concerne l'errance et les états pouvant se confondre formellement avec elle dans une société donnée : la nôtre, à l'heure actuelle. Nous n'aurions peut-être pas eu les mêmes raisonnements dans un autre contexte, un autre temps, dans une aire sociale et culturelle ne délivrant aucune aide aux plus précaires par exemple ou répondant de manière autoritaire à ce type de situation (pensée seulement alors en termes de déviance) par la violence.

Moins (se) méconnaître pour aborder l'autre SDF

Notre travail s'est foncièrement et délibérément axé sur l'errance dans une acception resserrée, restrictive _ au pied de la lettre : évoluer sans but. Il s'éloigne ainsi de toute considération poétique confondant errance et voyage, errance et nouveauté, errance et promesse. Il s'est appuyé sur une discrimination avec ce qu'elle n'est pas pour aboutir au *concept structurel* que nous proposons : *l'errance essentielle, limitant l'être du sujet dans une indétermination, donnant un maintien précaire/mortifère à un sujet abandonné et auto-abandonné poursuivant sa vie sans désir*.

Nous avons argumenté, en nous fondant sur les cliniques rencontrées dans l'exercice des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité, pour établir que *l'errance manifeste n'est pas forcément, pas toujours, errance psychique.*

Insistance a été donnée donc, dans notre premier chapitre, sur le fait que l'errance vraie peut être confondue avec d'autres tableaux cliniques *pour partager avec eux une scène* : *la rue,* les non-lieux urbains ou les lieux dédiés à l'urgence sociale devenant, pour beaucoup de personnes désocialisées gravement, *lieux de « dépôt »*[489] tant ils n'incitent pas la vie et ne peuvent prétendre au statut de lieu de vie, n'autorisant de fait que la survie … Pour partager avec eux également des manières de vivre et une condition : celles de la débrouille dans un certain cadre prévu à cet effet ; celle de la grande pauvreté, de l'exclusion, dans le dit système.

Si ces lieux inspirent si peu la vie, c'est d'abord que les personnes s'y référant sont elles-mêmes insuffisamment prises en considération dans notre organisation sociale, insuffisamment jugées dignes d'intérêt[490] pour que nous fassions plus pour elles.

Très peu de moyens humains (malgré les bonnes volontés des professionnels), très peu de moyens matériels sont dédiés aux institutions œuvrant ici, très peu de références psychologiques se trouvent convoquées pour concevoir la complexité des problématiques humaines ici présentes. Ajoutons encore: trop peu de formation des professionnels pour l'accueil de personnalités si étranges, pour la prise en compte de trajectoires si biscornues et souffrantes ; trop peu de travail sur les équipes pour supporter ce poids (manque de temps institutionnel, manque de régulations, manque d'analyse de la pratique, …), problèmes restant ainsi largement niés/déniés/annulés.

[489] L'Ancien Régime les appelait « dépôts de mendicité ».
[490] Pour parler clairement…

Y compris quand des efforts sont faits (ré humanisation des locaux, mise aux normes, embauches de personnels, etc.), ils semblent toujours incroyablement insuffisants, éloignés des besoins réels, chroniquement en retard.

Nous avions proposé en 2000 avec Jean-Claude Laumonier, alors cadre infirmier de l'UMAPP, une communication au séminaire fermé de l'ORSPERE à l'Arbresle intitulée: « Des professionnels précaires aident des précaires »[491]. A ce jour, plus de 16 ans après, la situation s'est empirée institutionnellement, avec des hôpitaux et des associations rendus globalement bien plus précaires, avec une manière d'envisager le travail social de plus en plus axé sur le simple modèle individuel du service demandé et de la réponse codifiée, administrative. « Votre dossier est bien pris en compte, nous vous préviendrons dès que vous… ». Tendrions-nous vers un renouveau du guichet à hygiaphone, vers une régression du don au profit de l'indifférence à numéros de dossiers? Nous craignons, en posant cela, ne pas même grossir le trait. Les plus paumés risquent fort de ne plus être entendus avec ces orientations.

Après l'installation de la professionnalisation de l'aide sociale[492], le paradoxe de mettre les intervenants les moins formés, les moins préparés, les moins expérimentés et les moins payés sur ce terrain marqué par la complexité et la dureté nous semble bien faire partie des symptômes sociétaux vis-à-vis des populations exclues.

Il en allait selon ce même type de logique dans l'Education Nationale, avec des enseignants novices propulsés d'emblée en banlieue tandis que les seniors conservaient les places de centre-ville. La tendance s'inverserait actuellement, selon les informations de rentrée (31 août 2016, France Inter), du fait d'une volonté définissant autrement les priorités. Ceci pourrait-il laisser l'espoir d'une modification future du domaine qui nous occupe ? *Qui prendra enfin la résolution de faire plus contre la grande précarité ? Qui validera le besoin de plus de travail ici ?*

Le travail au près des publics les plus démunis est dévalorisé, nous y avons insisté au chapitre premier. La dureté de ces confrontations et du manque de moyen combinés est fort difficile à supporter pour nos collègues travailleurs sociaux de première ligne.

Nous avons donné une explication d'origine culturelle à cet état de fait, ce qui évidemment ne suffit pas à changer les choses.

Pour qu'elles se modifient, il nous semble utile de dire, de faire savoir ce que nous mettons en avant dans recherches comme la nôtre concernant le contre-transfert social ambivalent et la nécessité de prises de conscience pour nous positionner (soignants, travailleurs sociaux au moins) au mieux. Il s'agit d'un *militantisme professionnel* autant que d'une force de témoignage pour l'autre.

[491] Intervention au séminaire fermé de l'Arbresle, novembre 2000. Ce texte a été édité par l'ORSPERE mais reste introuvable dans les recherches que nous avons menées sur internet pour le retrouver. Dans cet écrit nous formulions pour la première fois cette notion « d'effort non naturel ».

[492] Depuis 1945. Mais cette époque n'est-elle pas en train de basculer, avec le retour/recours à l'humanitaire sur le terrain de l'urgence sociale ? Rappelons par exemple que le SAMU SOCIAL en régions est largement laissé à la charge d'associations humanitaires fonctionnant sans professionnels parfois et sans professionnalisation des pratiques quasiment partout.

Nous avons parlé « d'effort non naturel » pour l'abord des plus exclus. Il nous faut faire valoir « l'effort non naturel » et l'analyse allant avec.

Les institutions peinent à aider leurs usagers, les « gueules cassées » de la rue (pour lesquelles on pourrait penser arriver après la bataille) comme tout autant les candidats à la dérive s'y échouant fort jeunes, comme nous l'avons vu. Qui *tombe* là[493], outre les particularités de personnalités que notre travail de psychologue ne méconnaît pas, risque de ne point en sortir.

Face à cela, nous sommes en droit de nous interroger, au-delà du scandale que nous n'oublions pas, sur *le pourquoi* de cet état de fait portant atteinte à la dignité : celle de l'autre, la nôtre, celle de notre société. De nous interroger sur *le maintien dans l'exclusion* avec des dispositifs chroniquement sursaturés, voir sur *« la fabrique des exclus »* pour plagier le Docteur Maisondieu (2010) et corroborer la pensée récente de François Chobeaux (2016b).

Les manifestations ambivalentes permanentes de notre société venant signifier aux SDF qu'ils ne sont pas ou jamais vraiment les bienvenus sont des sorties de ce contretransfert d'origine sociale intériorisé par tous.

Notre étude mentionne avec insistance le rejet culturel et inconscient de l'anti-modèle, de l'homme ou de la femme en échec social. L'errant manifeste, globalement, culturellement, chez chacun d'entre nous, serait d'abord un être à exclure, à éloigner, à ne point voir ou ne point voir dans son entier. Nous avons parlé de la banalisation à laquelle on peut arriver dans le travail social notamment, d'autant plus que précisément, pour ceux-là, pour ces « cas sociaux », rien n'est rendu possible : aucune aide ne va de soi, tout ou presque est voué à l'échec dans les démarches, ce qui peut finir par abimer le narcissisme des aidants et atteindre leur empathie avec l'insinuation d'un « travailler pour rien »…

Avons-nous suffisamment insisté sur la *souffrance au travail* des intervenants sociaux, témoins de ces vies et des aberrations liées à leur installation coupable dans la fatigue, dans le baluchon de chaque soir avec le 115, quand ce n'est pas carrément même l'impossible du minimum, de la mise à l'abri.

Du préfet qui décide du déclenchement des plans grand froid à l'intervenant de l'urgence sociale, en passant par les soignants concernés, les passants, les aidants caritatifs, les politiciens, …, nous partageons tous les mêmes présupposés et représentations, les mêmes dispositions de rejet potentiel en la matière. Certains aménagent la violence dont il est question, d'autres semblent l'agir sans vergogne : là que se marquent les différences.

C'est précisément à partir d'une remise en question de ces courts circuits de pensée, de ces caricatures culturelles intériorisées, que nous avons fondé notre approche clinique et que tout travail de contact et d'aide plus largement peut s'envisager.

[493] Il s'agit en effet d'une chute dangereuse, vertigineuse, possiblement létale ou hâtant de manière inquiétante le désordre en soi, bio/psychologique et le positionnement dans le socius.

Notre première insistance est celle-ci : si l'on veut aider sur ce terrain, il nous faut essayer de comprendre en nous libérant, au moins partiellement, de nos idées préconçues venant déformer défavorablement la réalité au profit d'une attitude de méfiance, d'exclusion brutale, composant avec une empathie limitée, superficielle sinon inexistante et interdire la rencontre.

Ajoutons que l'aide par militantisme, qu'il soit religieux ou laïque, ne peut empêcher sur le fond la relation de se heurter aux mêmes phénomènes, venant la biaiser ou la rendre « impraticable ». Par exemple quand l'un et l'autre jouent un rôle : le bon samaritain et le bon pauvre…

« L'aller vers » et le travail partenarial : des fondamentaux à cultiver (et défendre) pour l'abord des gens désocialisés à la rue.

L'aller vers et le travail partenarial entre professionnels du champ social et du champ psychiatrique, héritage du rapport Lazarus datant de 1995, sont manières de reconnaître la souffrance psychique et les limites d'initiatives (quelles qu'en soient les raisons, mais souvent liées à la honte, à l'auto-exclusion) d'un sujet dans la clinique psychosociale.

Nous craignons, avec l'évolution/attaque de l'organisation du travail social que nous venons d'aborder, qu'une régression ne s'opère d'ores et déjà, perceptible depuis plusieurs années. Il y a resserrement vers des démarches administratives bien plus complexes aujourd'hui pour accéder à un hébergement notamment. Le travailleur social réussissant enfin par exemple à décider tel SDF à rejoindre un centre d'hébergement n'aura guère de possibilité d'aller spontanément et en temps réel au bout de son initiative et de sa tentative, méthode opportuniste ayant pourtant fait ses preuves pour permettre la sortie de la rue. Le système centralisé des services régionalisés d'accueil et d'orientation nous semble difficilement permettre la démarche généreuse, humaniste de *l'aller vers*. Outre ces composantes philanthropiques, *l'aller vers* convient pragmatiquement à des personnes en états cliniques fragilisés, population excessivement représentée à la rue.

Bien des types de problématiques disparates observables à la rue ne relèvent pas de l'errance authentique. Notre travail mentionne le cas des psychotiques à la rue, qui évoluent en suivant leurs convictions délirantes, celui des migrants en demande d'asile ou déboutés poursuivant leur espoir de vie en France malgré la galère obligatoire faute de papiers, celui des névrosés pouvant un temps s'effondrer, au décours d'un épisode dépressif ou plus largement d'une crise, puis suivent les voies d'étayage se donnant à eux pour se reprendre et retrouver leur niveau de fonctionnement antérieur.

Les problématiques abandonniques/traumatiques sont nombreuses dans le monde de la rue. Nous avons vu par l'exemple de Jean-Marie Roughol, l'auteur de *Je tape la manche*[494]*,* que le traumatisme se rejoue parfois sans amener de dégradation, avec une forme d'exposition/exhibition de soi devenant mode de vie et source de maintien identitaire. Il peut y avoir *dépendance à la rue* manifestement, comme le cas de cet homme peut, nous semble-t-il, le montrer, et qui n'a guère à voir avec la désorganisation de l'errant essentiel, sans aucune capacité d'auto organisation à visée de maintien, de durée, de stabilité.

Dans tous les cas, du fait de ce qu'engendre la vie démunie dehors, il nous semble nécessaire, fondamental, de proposer la démarche de « l'aller vers » : se proposer à

[494] Voir surtout dans cette étude l'Annexe N°9 qui concerne son témoignage. Nous le mentionnons aussi dans notre second chapitre.

l'autre, venir à son abord sans attendre sa demande. Quelle que soit le type de personnalité, que cette attention soit acceptée ou pas (elle l'est le plus souvent, en pratique), elle nous semble fondamentale dans ce qu'elle rappelle symboliquement d'une fraternité, d'une appartenance commune à l'humain, à la « commune humanité» comme disent Furtos et Roussillon, d'une identification à l'autre, d'une sensibilité à ce qu'il peut endurer. Cette disposition à l'autre est aussi certainement à concevoir comme *constitutive de la personnalité professionnelle des aidants*, surtout travailleurs sociaux et en cela porteuse de représentations fantasmatiques utiles à l'ouvrage.

Nous avons exposé le fait que certains SDF, en fonction du type de leur personnalité, vont se fonder sur ces mains tendues pour s'extirper de ce moment périlleux qu'est l'arrivée à la rue. D'autres vont tolérer ces côtoiements sans les accepter pour eux-mêmes, jusqu'à l'éventualité d'une période de rupture ou de crise dans laquelle le fait « de se connaître », y compris très superficiellement, aidera grandement l'accès aux soins psychiatriques, l'entrée et le consentement à ceux-ci. Il existe aussi des cas où cet effort ne débouche sur aucun effet, bien sûr, exactement comme partout : aucune aide n'est à 100% rentable.

Le cas des errants essentiels

Pour *l'aller vers* et le travail partenarial, le cas des errants essentiels est particulier : le plus souvent, les personnes que nous plaçons cliniquement dans ce groupe, relevant de ce type *« d'adynamique de personnalité »,* ou bien nous évitent complètement, ou bien nous rencontrent comme tout un chacun: sans attente, sans autre intérêt qu'un moment d'échange *ne ciblant rien d'eux-mêmes, rien d'intime*.

Le statut de la parole n'est ici jamais autre que conversationnel : jamais introspectif par exemple, jamais en attente déclarée de soulagement ou de soin, y compris si l'on arrive à formaliser un entretien dans un lieu de type infirmerie en Centre d'Hébergement d'Urgence ou dans un cabinet spécifique à l'UMAPP. L'un d'eux anciennement nous disait poliment « converser agréablement » à nos rencontres, ces moments où il s'adressait à nous pour parler de la qualité du tabac d'aujourd'hui, de l'horaire difficile d'ouverture du Centre d'Hébergement d'Urgence le soir (après une journée standard, inamovible, partagée avec d'autres buveurs à proximité immédiate). Que l'échange soit agréable, y compris pour le clinicien, est-il suffisant pour se convaincre de son utilité, de sa visée thérapeutique ? Sachant *que Rome ne s'est pas faite en un jour*, il est souvent vérifié *qu'à force,* cette familiarité ouvre sur « plus d'intime », nous l'avons mentionné[495]. Il est courant au sein des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité de parle d'un temps d'accordage préliminaire baptisé par certains, selon une image animalière problématique : « apprivoisement ». Ce round d'observation, les professionnels tendent à le mettre à leur actif. En réalité, qui « apprivoise » qui ? N'est-ce pas ici le patient/futur patient qui met ses conditions ?

[495] Voir parties II-1-1 et II-1-4 de la présente contribution.

La clinique des personnes cassées par un cumul traumatique lourd part précisément de cet état psychique abimé, de ces contenus de pensée *au ras du réel*, de ces remontées corporelles en tout genre et « sans filtre », de l'absence de fantasme, du manque de pensée réflexive, de mots furtifs échappés au milieu de persévérations alcooliques...

Cette réalité humaine nous impose l'humilité et nous astreint à une position clinique respectueuse[496] des défenses en question qui, si elles existent, massives à ce point, n'y sont pas pour rien.

L'ambition thérapeutique se borne parfois à l'écoute, celle-ci ouvrant, selon notre expérience, à la recherche empirique: « se faire une idée » de ce que vit tel ou tel dans son étrange existence permettra peut-être une avancée des connaissances et un meilleur abord thérapeutique pour celui-ci, pour d'autres après lui.

Nous avons à rencontrer des personnes qui souffrent de manière incommensurable sans qu'ils ne le sachent eux-mêmes, sans qu'ils ne puissent par eux-mêmes se confronter à leur histoire, à leur vécu agonistique, à la manière de ce que Winnicott (1983) a postulé, *sans n'en rien vouloir savoir par ailleurs.*

Il nous faut le tolérer, le comprendre avec la précaution éthique du *Primum Non Nocere* citée plus haut dans notre travail. Qui serions-nous pour pousser au-delà de ce que le spontané de la parole, dans la relation, peut offrir ?

L'aller vers *offre du lien* : du parler, du temps commun, de la relation. « Parler fait du bien » ? Chez les écorchés que sont les porteurs d'errance essentielle (et chez certaines personnes borderline), ce poncif est valable seulement si la parole n'engage rien, n'engage pas. Dans les cas de traumatismes graves[497], parler débouche sur le renouveau immédiat du malaise : psychique, psycho-corporel (algies, céphalées, …).

Ne nous étonnons pas de l'évitement et de la non-entrée dans une parole subjectivée chez les errants essentiels, après avoir travaillé sur ce que peut être leur « adynamique interne » par laquelle, *grâce à laquelle,* ils sont tout de même en vie, ils *survivent* (au sens du rabougrissement des possibles et du retrait des affects et de subjectivité).

Retenons qu'il s'agit quoi qu'il en soit d'un préalable obligatoire pour qu'une suite, peut-être plus découvrante, advienne, sans certitude. Pas de suite sans début _ cette logique est sans remède _ et ici pas de début sans témoin devenant objet permanent, comme nous l'avons explicité en introduction, avant de devenir annonciateur admis voire influent. Souvenons-nous de cette subtilité du passage, de ce *transfert de transfert*, entre le travailleur social de première ligne à l'intervenant de psychiatrie venant se greffer sur la relation existante.

[496] Voir Albert Ciccone (2015) « Fondements de la position clinique face au discours social dominant », Bulletin de Psychologie, tome 68 (4), N°538, Juillet-août.
[497] Et la clinique des étrangers gravement traumatisés nous le rappelle au quotidien dans les EMPP notamment.

Nous devrions ajouter que c'est à partir du moment où « un peu de lien » est tangible que se peuvent parfois un peu de mouvement dans le transfert (maintien du bon objet ou rejet, formes de régressions).

Soigner?

Ce que soigner peut être, en psychiatrie et à partir du travail des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité, nous l'avons abordé dans la partie II-1-9 du présent travail intitulée : Vers une redéfinition du soin psychique ? Rappelons la définition que nous proposons[498] : *le soin psychique est l'ensemble des opérations réalisées au profit d'une personne présentant une plainte et/ou manifestant un état de souffrance psychologique et qui serait susceptible d'être améliorée par celui-ci.* Le soin ne sauve pas toujours mais propose une assistance, une attention venant minimiser ou ralentir si possible l'inertie de la pulsion de mort.

Concernant l'errant essentiel, il ne serait pas en mesure lui-même de percevoir/ressentir l'ampleur de son malaise interne, la gravité de sa dévitalisation, la dangerosité de sa ligne de (sur)vie. C'est en ce sens qu'il ne demande rien aux soignants : c'est un malade qui s'ignore[499].

L'errant essentiel ne présente pas un tableau de folie (même s'il est « fou de l'exclusion», selon la formule de Declerck que nous avons déjà utilisée) qui justifierait possiblement le recours à des soins sous contrainte.

L'errant authentique, essentiel, est un être qui ne s'accroche pas, selon notre approche théorique. Ceci n'empêche que parfois, il se laisse aborder, *se laisse accrocher par quelqu'un* qui se propose à lui. Le phénomène relationnel ne s'engage pas à sa demande, s'il s'engage : c'est bien l'acte, la demande, le désir d'autrui dont il y a expression ici, clairement. Nul intervenant auprès de ce public ne peut en être dupe. L'errant authentique, selon notre essai théorique, n'attend rien de l'autre ni de lui-même, visant l'ataraxie ou plutôt le maintien d'une absence de tension, de risque supplémentaire, d'angoisse.

Cependant, vivre sans l'autre ne se peut, le principe de réalité en décide ainsi. L'errant, nous l'avons mentionné, peut avoir un investissement superficiel de l'autre fondé sur l'utile, le pratique, le pragmatique.

Nous rencontrons de grands errants ayant vécu longtemps quasi seuls à la rue mais acceptant, avec l'âge, un recours institutionnel par exemple, avec dans ce monde quelques relations plus porteuses malgré tout : l'animateur référent, le chef de service représentant une autorité, …

[498] D'humilité ici, point!

[499] Mais sans être bien portant, clin d'œil au *Docteur Knock* de Jules Romains !

Comme nous le mentionnions au début de ce travail, certaines relations devenues plus significatives (en temps échangés, en propos tenus, en services rendus, en annonces acceptées par le sujet sur son état, …) autorisent une certaine influence, un «attachement » minimum.

Il nous semble pouvoir dire que tout se passe comme si, pour améliorer l'état de dévastation interne d'un errant authentique, il s'agit que l'intervenant (travailleur social, psy ou autre) se propose comme Moi auxiliaire sur certains secteurs non dangereux que le sujet puisse accepter (autour de « prendre soin ») de lui déléguer (parce que trop coûteux/impossible pour lui : s'habiller, faire des démarches minimales, retrouver le cours d'une pensée…).

Il nous semble plus spécifiquement, en tant que psychiste, avoir pour ces sujets fonction de mémoire, fonction de pré-conscient en proposant des associations d'idées visant à « plus de pensée » sur soi. Nous leur rappelons le temps et ses jalons, reprécisons (quand nous avons pu aller jusque-là) des périodes de leur vie, nous interrogeant avec eux sur tel ou tel événement.

Cette délégation consentie fonctionne mieux selon notre expérience avec des «anciens » fatigués qu'avec des jeunes, eux encore parfaitement hermétiques très souvent à ces possibilités et « ringardisant » l'aide, le rapprochement, fuyant leur «dépendance » (y compris matériellement) à autrui autant que le fait de montrer leur incapacité (à faire et à s'investir, à faire pour soi).

Le principe est conforme aux observations paradoxales déjà mentionnées : avec l'âge et l'entropie accélérée ici, le sujet accepte autrement les sollicitations. Ajoutons toutefois un contrepoint pour nuancer ce raisonnement : *s'il est possible aux travailleurs sociaux (d'abord eux) d'admettre l'état de faiblesse et de dépendance chez un « ancien »*[500]*, il n'en va pas de même avec un sujet jeune. Et pourtant, les exemples sont nombreux à montrer leur apragmatisme social, leur handicap d'initiatives, lié souvent au contrecoup des défenses externes (alcool, substances psychoactives). François Chobeaux (2016a) souligne l'intérêt de la reconnaissance médicale de ces limitations acquises, devenues handicaps authentiques et parfaitement incompatibles avec quelque rêve d'insertion (par le travail notamment).*

[500] Qui paraît l'être par l'usure produite par la vie à la rue, en vérité homme ou femme entre 35 et 50 ans.

Accueillir les errants essentiels ? Quel rôle, pour quelle institution[501] ?

L'institution apparaît encore comme un recours indispensable pour limiter la casse de la rue, l'exposition. Les bénévoles des organisations humanitaires comme les travailleurs sociaux des maraudes voient à raison dans ces lieux, d'abord les Centres d'Hébergement d'Urgence, une possibilité de répit, de récupération pour des personnes vivant dehors et harassées par la vie à la rue. L'un des buts ici est souvent de faire accéder l'errant à un dedans socialisé/resocialisant.

Sans entrer à nouveau dans la difficulté de l'accès à ces structures (y compris de mise l'abri) sur laquelle nous sommes largement venus, outre la sursaturation du 115, l'hébergement d'urgence est souvent, hors urgence médicale menant à l'hôpital, le seul type d'institution susceptible d'être accepté dans ces moments de sorties de rue. Ceci s'expliquerait par le peu d'exigence vis-à-vis de chacun : il s'agit d'un accueil à bas seuil autorisant tout en les encadrant « les petits côtés des grands hommes » comme nous pouvons dire entre professionnels de l'UMAPP (douches aléatoires, besoin d'alcool, …).

Quand il s'agit d'un errant essentiel ainsi admis, le premier temps est celui du retour à un rythme qui soit celui, ordinaire, du groupe, avec un lever le matin dans une fourchette horaire, un temps scandé par des invariants souvent perdus chez lui (repas, temps d'hygiène, de soins d'infirmerie, de démarches minimales, de paroles aux voisins, aux animateurs, …). C'est aussi *basically* évoluer dans une collectivité, manger avec d'autres, choisir de la nourriture[502], se conduire sans trop de débords, etc…

Ce temps d'adaptation, plus ou moins durable, jamais abouti pour certains, quasi automatique pour d'autres, est celui du début.

Pour certains errants essentiels, la socialisation maximale est ici atteinte : ils deviendront paradoxalement *les « chroniques de l'urgence sociale»,* accueillis pour la mise à l'abri, sans condition, à durée indéterminée. Ils n'attendent rien d'autre, personne réellement n'attend plus pour eux, en répétition que personne peut-être n'a jamais rien attendu pour eux, au risque d'ailleurs de les laisser sans aucune sollicitation/stimulation s'effondrer plus tôt, au risque de passer à côté de petits mouvements éventuellement annonciateurs de nouvelles possibilités paradoxales (limitées mais tout de même) d'acceptation passive notamment.

Le mode d'accueil dit « asilaire » en Centre d'Hébergement d'Urgence laisse (sauf problèmes de santé) les individus concernés dans l'obligation de passer la journée entière hors les murs. C'est un « dedans/dehors » restant très axé sur l'extérieur,

[501] On se réfèrera encore à l'étude doctorale de notre collègue Gaétan Langlard pour ces questions, travail de recherche mené à l'Université de Rouen et devant être soutenu en 2017.

[502] On a vu au moins un usager non-psychotique, sans trouble neurologique, sortant de la rue et habitué aux repas de poubelles, être *incapable de choisir un repas* au self du Centre d'Hébergement d'Urgence, comme si le goût, les préférences, l'ordre des plats successif était une donnée perdue, inexistante.

indispensable à certains, nous l'avons vu. Préjudiciable à d'autres qui s'éclipsent ainsi du regard des professionnels du social qui ainsi ignorent d'autant leur vide comme leurs « petits mouvements internes paradoxaux», tels que nous venons de les aborder.

Les vies ainsi calées sont parfois durables, jusqu'à la survenue d'un événement somatique (psychosomatique ?) qui propulsera ce petit acquis routinier vers d'autres horizons : hospitaliers. Les maladies graves surviennent précocement, comme le décès. La mort subite est aussi fréquente (liées ou non aux toxiques, chez des jeunes autant que chez des personnes plus âgées). La mort par suicide quasi inexistante, ce qui peut paraître paradoxal mais s'explique avec les « adynamiques » présentes, nous en avons parlé[503]. De l'étape hospitalière se feront potentiellement d'autres sorties[504]: maisons de retraite, CHRS, familles d'accueil, foyers prenant en charge les handicaps physiques (suites d'AVC, de dégâts neurologiques sévères) etc….

Les institutions, pour les errants essentiels, auraient cette fonction : *les rendre dépendants*, c'est-à-dire *favoriser leur recours même minimal à autrui*. Ces recours, ne nous y trompons pas malgré l'habillage et la coloration qu'y donnent les personnels des institutions, que fabriquent leurs interprétations du lien, restent sur le fond des émanations de dynamiques opératoires pour les sujets concernés. Le lien de *« l'errant essentiel consentant »,* si nous osons la formule, demeure selon les attributs de personnalité que nous avons décrits plus haut le concernant. Il s'agit donc d'un aménagement (par l'institution, d'origine externe pour le sujet) de la vie relationnelle, sans aucun réel changement sur le fond mais permettant une casse ralentie, un très léger « confort ». C'est en ce sens un but institutionnel fort louable.

Il en va autrement pour les personnes abouties dans les mêmes lieux mais de personnalités limites ou délirantes par exemple: les premiers s'attachent à certaines figures, rejouent leur lien anaclitique (oscillant souvent entre idéalisation et rejet, avec répétitions traumatiques) ; les seconds vivent leur délire en tolérant les présences étayantes des professionnels et du guidage par l'institution autour du minimum exigible (d'inscriptions en règle pour la sécurité sociale, pour la CMU, pour l'AAH éventuellement, …).

L'effet institutionnel existe donc pour les errants essentiels puisqu'ainsi entourés, ils s'exposent moins aux risques de la rue, leur durée de vie s'en trouvant certainement prolongée. Les errants essentiels seraient, par cette socialisation minimale donnée par la fréquentation du lieu/Centre d'Hébergement d'Urgence, moins errants en ville, moins en nécessité de débrouille personnelle pour se nourrir, se loger, … Leur errance serait désormais « résidentielle », amenant les professionnels en étant témoins directs à supporter ce sur place étrange. Il s'agit aussi d'une des composantes de « l'effort non naturel » à fournir.

Les errants essentiels, singulièrement non-demandeurs, n'aspirent jamais vraiment à plus de confort ni à aucune activité. Le passage en CHRS, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, n'est pas attendu, avec sa possibilité parfois d'activité/travail

[503] Notamment page 230 dans ce travail.
[504] Sauf si les services renvoient, abusivement, le patient amoindri vers l'urgence sociale…

dans les murs, avec son offre de chambre individuelle, avec son travail social axé sur la « préparation à la sortie ». Le CHRS n'intéresse fondamentalement pas l'errant essentiel qui n'est jamais prêt à se plier à plus de contrainte. Quand l'expérience est menée, il tend à la faire échouer et plutôt qu'à l'amélioration attendue, nous assistons à une fuite, voire à un retour à la rue. « Le mieux est l'ennemi du bien » et « l'enfer, pavé de bonnes intentions », notoirement dans ce type de clinique. Ceci a été très bien repéré par Patrick Declerck (2001) qui nous ouvre à une grande prudence avec ces dynamiques paradoxales ayant leurs raisons propres et qu'il faut respecter. L'errance est bien *autant mal que remède* rappelle souvent Olivier Douville.

Le recours à la puissance publique, à l'état providence, est légion en France. Nous nous indignons, nous les premiers, du sort insuffisamment aidé réservé aux SDF, aux vagabonds, aux errants en tous genres et aux errants essentiels. Nous approuvons totalement l'idée inconditionnelle du *« housing first »* (Girard, 2010) : d'abord un logement et à condition que la psychiatrie ne se suffise pas à elle-même dans cette entreprise[505]. Concernant les errants essentiels, que faire de mieux que ce qu'ils peuvent accepter ?

Nous avons souvent pris le ton, dans nos lignes, d'une critique de l'aide réservée aux SDF. *Le plus critiquable est avant tout le manque de propositions, le manque d'accueil spontané* : ce manque de dotation reste pour nous scandaleux. Partant de si bas, le travail social pare au plus pressé, avec quelques priorités d'attentions quand elles sont possibles: l'hygiène, la santé mentale (avec le recours structuré aux Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité), la reprise d'inscription des droits…

Il nous semble que le travail dans les Centres d'Hébergement d'Urgence pourrait, avec plus de dotation, maximiser l'aide psychologique[506] et le soutien personnalisé, signifier avec plus de possibilités aux accueillis qu'ils ne sont pas « dans une poubelle », comme le vivait un résident de Nanterre du documentaire de Calmettes et Boutinaud cité au chapitre premier de cette thèse[507], mais dans un moment particulier qui est à accueillir et à aider.

L'accueil, partie intégrante et condition du soin, care et cure, condition que nous avons tenté d'analyser pour l'accueil à l'hôpital (chapitre 1), analyse que nous pensons tout aussi fondée pour les lieux du social. Trop souvent à l'heure actuelle, pour qui arrive ici, dans ces lieux, s'impose le sentiment d'être lâché, de solitude, de manque d'aide, allant avec la montée de l'angoisse pour certains (vis-à-vis de l'avenir social et psychologique/intime) ou pour d'autres, les errants essentiels précisément, avec le «réflexe » hors pensée du *départ.*

Pour les errants essentiels, faute de pouvoir faire bouger leur organisation psychique massivement désubjectivée, il nous faut certainement penser l'institution en termes de contenant venant limiter la vitesse de dégradation, adoucir légèrement l'entropie,

[505] Elle semble bien se placer très au centre du dispositif dans l'expérimentation marseillaise de Vincent Girard.
[506] Pas seulement par des psys : comme à l'hôpital, les psys ne sont évidemment pas les seuls à établir des liens et à « faire de la psychologie ».
[507] Page 117.

préserver un vernis de socialisation. « Agir pour le moins pire » serait là d'abord admettre cette forme de vie, leur forme de vie, la respecter pour ne pas la blesser plus encore.

Notre opinion est ici parfaitement en adéquation avec celle de Patrick Declerck déjà citée. Comme lui et spécifiquement pour les errants essentiels (qui ne font pas l'entier du groupe des SDF insistons y obsessionnellement), nous militons pour un « bon asile», tenant un minimum de cadre mais n'envisageant pas de perspective ambitieuse venant remettre en question les aménagements durement acquis des errants essentiels pour survivre. Nous avons donné l'exemple de l'URAS. Pourquoi ce modèle d'institution est-il si peu dupliqué en France ?

Un levier « thérapeutique » : la créativité

L'institution prenant en charge les grands errants essentiels se doit de développer une philosophie particulière de l'accompagnement. Le but visé n'est pas ici la prise d'autonomie[508] mais le fait de pouvoir s'installer dans une vie collective aménagée, sans exigence ni abandon.

S'adressant à des personnes *abimées, jeunes,* par des années d'errance et de rue, ces institutions, plus spécifiques que les Centres d'Hébergement d'Urgence, les accueillent en fonction de leur réalité (autorisation de boire, chambres individuelles, lieux collectifs libres d'accès tous les jours, …).

Il est illusoire ici d'attendre de belles sorties ou des réinsertions par le travail : le lieu est lieu de vie, souvent jusqu'au dernier souffle. Il ne s'agit pas d'un lieu de rééducation active : le changement, s'il advient, arrive par touches légères, par l'apaisement de la vie quotidienne. Ici l'abri est acquis, les horaires fixes, le rythme connu de tous, chacun y étant admis. Il y a « permanence de l'objet », absence d'aventure ou de surprise.

L'involution en marche chez chaque résident est reconnue par tous les professionnels comme donnée de base. Il s'agit pour eux d'accompagner ce qui est le plus vivant : profiter des bribes d'intérêt pour proposer (écoute musicale, sorties) malgré des moyens humains très limités (et qui devraient être augmentés à n'en pas douter).

Les fondamentaux étant assurés, il est possible que certains puissent se stabiliser sans trop d'accélération de l'involution en marche par l'intérêt qu'ils trouvent à une activité créatrice. Il s'agit pour les uns de développements sur le lieu de vie, pour d'autres dans des associations autres, extérieures.

Certains font du maraîchage au sein du foyer, développent un goût pour telle ou telle activité manuelle, pour le fait de faire des sketchs, de la musique, de la cuisine… C'est dans un temps de relative stabilité de ce type que Vanil a écrit, dans une association accueillant les personnes de la rue, les chansons que nous avons rapportées, que

[508] Malgré l'intitulé de certains de ces lieux comme l'Unité de Reconquête de Autonomie Sociale à Rouen, voir la partie que nous y consacrons dans notre second chapitre.

d'autres personnes ont réussi à écrire quelque chose au sein d'un atelier, que ceux-là ont mis en scène leurs histoires drôles, se découvrant ensemble sur ce temps autrement qu'en simples compagnons de rue…

La créativité apporte, sans la soigner pensons-nous, sur ce terrain comme dans d'autres cliniques, une expression de soi, potentiellement un baume narcissique, la preuve d'une possibilité de production[509].

Certains deviennent addictes à leur pratique créatrice, avec un gain net puisqu'ils se détournent en partie d'autres aménagements destructeurs de leur errance.

L'expression ne parvient pas toujours à une sublimation. Dans le cas de Vanil, comme dans celui d'un autre usager que nous avons connu et ayant réalisé un coffret audio, un conte imaginaire, la question peut être discutée. Dans d'autres, l'œuvre est un reflet du vécu sans dégagement, sans appel fantasmatique, nous permettant de douter d'une portée sublimatoire. Ce point de vue de « spécialiste » n'enlève rien à l'intérêt que cela représente pour les sujets.

Les acteurs/compositeurs de sketchs que nous venons de mentionner, ayant réalisé un document vidéo de leurs œuvres mettant en scène surtout leur quotidien, nous semblent avoir profité tout un temps d'un regain narcissique. Le dégagement existait pour eux et sur le moment *par le rire*, sachant que plusieurs de ces individualités souffraient massivement d'une composante d'auto-abandon très marquée. Malgré l'énergie qu'ils ont pu mettre dans ces réalisations sur le vif, aucun ne s'est attelé plus durablement à ce type d'activité.

Quand elle est accessible, la créativité semble apporter une forme de soulagement sans effet véritablement durable sur les errants authentiques retenant notre attention. Ce soulagement n'est pas négligeable, pour les sujets eux-mêmes : leurs productions font partie après-coup des rares objets conservés : objet au-dedans puisqu'ils s'en souviennent (partiellement) ; objets « preuves » puisqu'ils perdurent matériellement (un disque, un livret, une vidéo, …).

L'accès au plaisir de cette population est incertain. Le plaisir immédiat par contre, dans le fait de « converser » comme le disait ce patient récemment cité, de rire, de produire, fait partie des possibles et nous semble à favoriser. Soulager est un soin, avec des suites favorables possibles.

[509] Des artistes de la rue existent et ont existé, notamment Marcel Basculard (voir notamment l'article de Delfeil De Ton de 2014 le concernant), dessinateur clochard de Bourges, nous semblant avoir trouvé un équilibre particulier à la rue de par le recours à l'expression artistique. Nous pensons, concernant cet artiste dessinateur et peintre, qu'il pouvait relever d'une personnalité psychotique. Ses œuvres réalistes vident systématiquement les lieux urbains obsessionnellement reproduits de tout personnage humain.

Psychothérapies hors normes

Les psychothérapies concernant les errants essentiels tiennent à l'effort, non naturel ici encore, à faire exister le lien. Si elles se poursuivent, c'est parce que nous mettons de l'énergie à relancer voire à « courir après » nos patients ! Si elles se poursuivent, c'est à la demande, à l'inquiétude, d'un tiers, d'une institution souvent, nous demandant d'intervenir tandis que le sujet n'en est a priori pas demandeur.

L'intervention psychologique ici permet d'abaisser le niveau d'angoisse dans le contretransfert des professionnels mais n'apporte souvent guère d'effet direct sur la personnalité du patient. Au mieux, un soulagement, un réconfort, une accalmie d'un moment difficile, d'un temps de crise.

Ces psychothérapies se tiennent à la condition que l'on ne soit pas rivé sur la fixité de l'unité de lieu et de temps. Chaque rencontre, aussi brève soit-elle, à la condition d'un échange personnalisé toutefois, quelle qu'en soit le lieu (dans la rue, en institution, dans notre cabinet de consultation, à l'arrière d'un camion du SAMU social) est à considérer comme une séance, dans la suite et au même titre que toutes les autres rencontres avec nous. Le sujet (ou une part du sujet) « sait que l'on sait » et que l'on respecte des éléments, des bribes de son histoire, des notions sur son intériorité : c'est ce qui fait la différence entre nos relations (les psychologues, les membres des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité) et celles entretenues par les travailleurs sociaux avec les errants authentiques.

Nos actions ne peuvent viser à ce que ces sujets puissent accéder à une nouvelle dynamique : en nous rencontrant, ils ne viennent pas s'étudier classiquement, comme c'est le cas en psychothérapie analytique ordinaire. C'est plutôt sur un mode passif et consentant, qu'ils a*dmettent qu'on les étudie* et qu'on leur renvoie des bribes de leur fonctionnement. L'effet serait intéressant pour eux à nous entendre les faire vivre: nous les conservons en mémoire, avec leurs hésitations, leurs doutes en temps de crise (quand la mort vient d'être frôlée souvent, quand la maladie a frappé et avant que les défenses massives anti-pensée et les recours externes ne s'imposent de nouveau).

Ces thérapies étranges nous obligent à une autre incarnation qu'en exercice classique de la psychothérapie : les patients sont ici sensibles à notre attitude sociale dans les lieux où nous les rencontrons, avec l'environnement humain en ce lieu, les autres autour de nous, nous avec eux en face des autres. Comment allons-nous réagir à la façon dont ils vont nous présenter à leurs compagnons du moment, alors qu'ils boivent, etc…

L'humour, l'aptitude à l'autodérision, comme la manifestation sincère d'inquiétudes le cas échéant, l'entier de ce que nous sommes est convoqué dans cet exercice de tact où il est toujours question de porter l'autre et sa dimension psychique.

Nous y avons insisté, les psychothérapies sont aussi utiles par détour : *en aidant le patient, on aide ses aidants à l'aider*. Elles procurent des effets de soins (Martin, 2011). Elles n'ont de sens nous semble-t-il que dans le travail partenarial, venant renforcer le maillage phorique autour du sujet en errance.

Prévention de l'errance essentielle

Dans nos développements, nous avons évoqué lourdement les origines traumatiques de l'errance essentielle, amenant certains jeunes gens à fuir leur lieu de vie et les amenant tous à ce retrait de soi au profit du vide sans but, de l'évanouissement du désir.

Les futurs errants essentiels sont de fait souvent des enfants victimes. Notre hypothèse est qu'ils errent (de façon essentielle) à la manière de sujets tombés en conditions défensives de survie les coupant de leurs affects et de leurs potentiels investissements depuis bien longtemps avant leur fugue/départ (quand ils partent car tous ne partent pas).

Le cas de certains passe inaperçu pendant l'enfance et se révèle avec l'adolescence ou aux abords de la majorité. Ici, aucune parade n'a pu être mise en place.

D'autres sont des décrocheurs manifestes échappant souvent à toute prise en charge, y compris quand ils n'ont pas de troubles du comportement. Rien ne semble fonctionner, tout semble glisser sur eux. Ceux-ci sont peut-être perçus comme des enfants agités, hyperactifs, instables.

Certains autres sont à contrario repérés en tant que victimes dès l'enfance. Ils peuvent être placés ou encore faire l'objet de mesures éducatives administratives (AED, AED renforcées, etc… avec l'accord parental) ou judiciaires (AEMO[510]). Ces enfants manifestent parfois leur malaise bruyamment, ce qui est bien observé par les équipes, signalé, mais ne donne pas lieu à placement faute de place, faute parfois de conviction dans les aspects vertueux des placements, avec le sentiment d'une casse supplémentaire en cas de séparation d'avec les parents pour certains professionnels du travail social comme pour certains Juges des enfants.

Notre étude laisse entendre que l'errance essentielle s'installe de par le *subi agonistique* d'un enfant. Il est hautement probable que le traumatisme cumulatif accentue les troubles et parfait le retrait vers l'errance essentielle dans bien des cas. De le repérer devrait pouvoir donner lieu à une mesure de protection suffisante et non aléatoire, notamment quand les troubles psychiques des parents sont graves et installés, quand leur faculté de nier leur enfant est patente, quand aucune possibilité de remise en question existe.

Cet exemple, issu d'un groupe de travailleurs sociaux travaillant en protection de l'enfance, nous semble imager pertinemment notre propos :

Cette mère a 7 enfants, de 5 pères différents, tous d'origines étrangères. Elle vit avec un homme qui a 18 ans de moins qu'elle actuellement, le père de ses deux derniers enfants. Cet homme est absent 5 jours sur 7, donne des consignes quand il part pour que le désordre n'envahisse pas la vie familiale. L'inquiétude se porte sur le 4ème

[510] AED : Aide Educative à Domicile. AED-R : Aide Educative à Domicile – Renforcée. AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert.

enfant puis sur le premier. Le quatrième voit rarement son père qui essaie de lui inculquer des bribes de sa culture et de sa religion sans que cela puisse « parler » à **Mekki**. Sa mère le trouvait « méchant », l'école le trouvait bizarre. Les professionnels de prévention dans leur investigation découvrent que l'enfant (9 ans) parle aux oiseaux et entend leurs réponses. Le pédopsychiatre rencontré lui prescrit un antipsychotique… mais la mère ne donne les médicaments qu'avec parcimonie. Bon gré mal gré, Mekki retrouve un certain élan : c'est un enfant plutôt extraverti capable d'aller demander des attentions aux adultes de l'école, du quartier. Il réussirait moins difficilement dans ses apprentissages depuis que le focus a été mis sur lui. Sa mère dit bien de lui que ce n'est plus un diable, il est « gentil » désormais. Contrairement à son frère aîné, **Daniel**, 15 ans. Au départ de la mesure, il était en ITEP[511] et n'était pas présent quand les éducatrices rencontraient la famille. Sa mère disait de lui qu'il était calme, « gentil ». Il est aujourd'hui « méchant » et elle demande directement comment le placer ou l'émanciper « pour qu'il parte plus vite, moi j'ai rien à voir ». Daniel aussi voit un psychiatre, doit prendre des médicaments, mais sa mère ne lui donne pas. Elle attendrait qu'il aille lui-même chercher son ordonnance et qu'il s'en débrouille.

Daniel ne va plus à l'ITEP depuis plusieurs mois, pétri par l'angoisse. Sa mère estime simplement qu'il ne fait pas d'effort, qu'il est sans courage. Son « beau-père » le provoque, ce qui le conduit à s'enfermer aussi à la maison. Il dit rechercher le calme, plus précisément « le silence ». En attendant, Daniel est nerveux, inattentif de manière dangereuse (a failli se faire renverser plusieurs fois sur la voie publique), passe des heures seul sans rien faire, sans rien demander. Quand il est questionné à ce sujet, il dit bien qu'il lit mais ne peut dire ce qu'il lit, laissant clairement le sentiment aux intervenants d'un vide interne énorme.

La mère parle agressivement à Daniel et se sent agressée par lui en permanence : elle pense aller mal à cause de lui. Reconnue comme une personne « fragile » de longue date, elle ne serait perçue comme « plus bizarre » que depuis ces derniers mois. Les professionnels du social repèrent désormais son besoin permanent d'activité (y compris en vacances), de faire du ménage, tout en se plaignant de cela et en rendant les enfants responsables, surtout son grand fils. C'est lui aussi qui amènerait, selon elle, son nouveau compagnons à boire excessivement…

« Je voudrais m'en séparer » dit-elle de son fils auquel elle dit qu'il sera « psychopathe comme son père ». Son père ? Toute son enfance, Daniel l'a vu de loin en loin en prison. Depuis sa libération voici plusieurs années, il n'a aucun signe de vie de cet homme.

Daniel ne parle pas, ne dit rien, ne se plaint pas. Il veut simplement rester à la maison et ne plus fréquenter l'ITEP. Il accepte de dire qu'il n'est pas très bien en famille mais il semble partout « s'excuser d'exister ».

Pendant les vacances, sans raison, Daniel a tout cassé dans un lieu public où il passait les vacances en famille. La réaction maternelle a été de l'éloigner, de le laisser seul à

[511] ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.

la maison et sans nouvelles pendant une semaine. Elle ne voit pas dans ce lâcher une crise, l'expression d'un malaise mais « la méchanceté » surtout contre elle.

Les éducateurs pensent désormais avec assurance qu'il est urgent de permettre un placement de l'enfant, avec la connaissance du risque d'une attente longue (plusieurs mois) avant qu'une telle mesure, si elle est suivie, puisse être mise en application.

Commentaire

Voici le cas d'un enfant peu expressif, qui souffre son vide au milieu d'un désert affectif et sous la pression permanente d'une mère qui annule son état psychique, sa personnalité. Cet enfant semble déjà engagé vers un vide interne, largage révélant possiblement le vide de l'errance essentielle. La famille est aidée depuis plus de 5 ans à la survenue de ce que nous rapportons. 5 enfants sur 7 consultent en pédopsychiatrie, avec le même type d'investissement des soins de la part de la mère que ce que nous avons rapporté plus haut pour Daniel et Mekki.

L'emploi de la notion de *d'errance essentielle* et de *risque d'errance essentielle* nous semble apporter quelque intérêt pour la pratique psycho-éducative de prévention. D'abord, la notion met en perspective le *risque de décrochage total à l'âge adulte*, après les décrochages cumulés de l'enfance et de l'adolescence. Elle permet aussi d'avoir une représentation hypothétique au moins de ce que peut vivre intérieurement un enfant décrocheur ayant vu de prêt l'anéantissement psychique. Ceci permet d'imaginer pourquoi l'accroche ne se fait pas, permet de concevoir que l'effort est d'abord à faire par l'adulte, par l'autre, puisque l'errant essentiel ne demande rien, n'attend rien, a déjà occulté les intérêts pour lui de la relation.

Les efforts (non naturels ?) d'aller vers ces isolés internes, la référence à la clinique que nous avons proposée, permettrait peut-être d'amortir le sentiment d'abandon, l'orientation vers des pistes éducatives et soignantes passant par la créativité.

Sur le plan psychothérapeutique, ce que nous disions des psychothérapies hors normes dans notre exercice en EMPP précédemment devrait pouvoir être utilisé : parler plus que le sujet (pourquoi pas ?), aller vers lui, ne pas accepter l'annulation, servir de Moi-annexe, de case mémoire, etc…

Les enfants paraissant en errance, dans notre pratique d'expert judiciaire, nous ont souvent surpris par le fait qu'ils *méconnaissaient très souvent, alors qu'ils étaient préadolescents voire adolescents, les raisons de leur placement initial*. Nous avons rencontré plusieurs fois le cas de traumatismes issus de maltraitances graves (ayant donné lieu au placement de l'enfant, à la condamnation du ou des parents, au retrait des droits parentaux, à la déchéance parentale) dont rien n'avait semble-t-il jamais pu être dit à l'enfant, lui-même n'en étant apparemment pas curieux. Comment taire ces réalités brutales ayant déterminé totalement les lignes d'une vie ? Est-ce possible de rester dans l'annulation/occultation, dans le non-dit et le *pacte dénégatif* en tant que

soignants notamment ? Qu'est-ce que cela sert le cas échéant, à qui cela sert-il ? *Ce travail* sur la réalité traumatique ne peut-il pas se jouer, y compris avec des mineurs, avec des psychologues[512] ou en coordination à plusieurs professionnels (travailleurs sociaux devenus permanents de la vie d l'enfant et thérapeute)?

Pour ces cas, il nous semble que *les synthèses[513] de champ à champ* devraient valoriser le travail partenarial, qu'il en soit dit authentiquement quelque chose à l'enfant, au sens d'une parole vraie, porteuse de sens et d'attention, incarnée, impliquée. Et ce à condition que les synthèses soient correctement menées.

L'idée partenariale de coordonner les actions (entre psychothérapeute et travailleurs sociaux) nous semblerait indiquée ici, logique. Ce type de pratique cependant n'est encore que rarement de mise en pédopsychiatrie à notre connaissance.

Nous militons ainsi pour que ce que nous avons développé dans cette thèse puisse être utilisé sur ce terrain de l'enfance traumatisée.

Ajoutons une dernière remarque d'importance. *«Entre 55 à 70 % des adultes sans domicile selon les pays occidentaux se trouvent être des enfants ayant connu des accompagnements en protection de l'enfance »* (c'est nous qui soulignons). Ainsi commence l'article de 2010 de Drieu, Saeid, Proia-Lelouey, Plagès, Desquesnes. Même si ces SDF ne sont pas tous des errants essentiels, ces pourcentages ne peuvent qu'ouvrir à mieux cerner et tenter de nouvelles façons en protection de l'enfance.

L'institutionnalisation, plus largement le placement des enfants traumatisés (y compris en familles d'accueil), n'apporte pas la réparation souhaitée dans une part importante de la population infantile et adolescente concernée. Parmi ces enfants et adolescents, les « incasables » sont particulièrement ceux qui risquent une entrée catastrophique dans leur majorité ; parmi eux certainement, pensons-nous, bon nombre de sujets atteints d'errance essentielle.

Le placement, l'éloignement, est attendu et inéluctable comme mesure obligatoire de protection. Mais à son tour, cette mesure est source de désordre de toute vraisemblance, « d'effets iatrogènes » comme on le dit pour les médicaments.

Certaines notions sont à mettre en exergue : les problématiques en question sont éminemment psychologiques. Mais quelle attention spécifique y est apportée pour chaque enfant ? Quelles garanties d'individualisation des prises en charge ? Les rencontres avec les cliniciens sont probablement insuffisantes, peut-être parce que mal perçues/comprises par les adultes accompagnants d'une part (à ce niveau, les familles d'accueil sont insuffisamment formées, les travailleurs sociaux insuffisamment

[512] Les effets de blanc des non-dits étant souvent plus pathogènes que la connaissance, y compris douloureuse, de la réalité. La pensée peut redémarrer pour certains avec des révélations filtrées, progressives, par un travail « d'enquête ». Nous avons écrit un article en 2001, intitulé « Traumatisme infantile et actuel » sur le cas d'une patiente, **Caroline K**, dont la psychothérapie a compris l'épluchage progressif de l'entier de son dossier de l'Aide Sociale à l'Enfance.

[513] Les synthèses font partie des dispositifs utilisés par tous et restant, comme le travail partenarial, excessivement peu codifié, analysé. Ces rencontres inter-champ ne vont pas de soi et nous avions pu consacrer à Rouen une journée d'étude sur ce thème avec l'Association Castor dont le but était de favoriser le partenariat précisément. Voir Jan, 2001b.

partie prenante parfois). D'autre part, ces rencontres psychologiques se font encore souvent sous le regard de tous dans les institutions, le thérapeute étant celui de tous, et de ce fait, de par le jeu du groupe, explicitement ou implicitement (toujours efficacement) stérilisé dans son action.

La nature des traumatismes (l'errance essentielle le cas échéant) devrait justifier d'une formation spécifique des thérapeutes et d'un effort institutionnel valorisé, reconnu, suffisant, encadré. Il s'agirait du fond de la matière à traiter (contrer au plus l'abandon de soi des jeunes sujets en question), à réparer autant que faire se peut, à accompagner. Nous terminerons sur les cadres institutionnels devant relayer ces efforts : groupes d'analyse de pratique, analyse clinique des situations, réflexion autour de la manière d'échanger avec les thérapeutes, réflexion autour de la manière d'accompagner à la psychothérapie, réflexion autour des recrutements de familles d'accueil, façons d'en référer au Juge, …

Dans ce domaine également, les postes de psychologues en protection de l'enfance font souvent partie des premiers lieux professionnels occupés. Pourquoi là aussi faut-il paradoxalement que les professionnels les plus formés, nous l'avons vu à d'autres niveaux dans notre travail, fuient les terrains les plus difficiles ?...

BIBLIOGRAPHIE

(La date renvoie à l'édition consultée qui n'est pas forcément celle de la première édition)

Abraham N., Török M. (2009) *L'écorce et le noyau*, Essai, Collection Champs, Paris : Flammarion.

Anderson N. (1993). *Le Hobo. Sociologie du sans-abris*, Paris : Nathan.

Anzieu D. (1975). « Le transfert paradoxal ». *Nouvelle Revue de Psychanal*yse, 12, pages 49-72.

Augé M. (1992). *Non-lieux,* Paris : éditions du Seuil.

Augé M. (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains,* Paris : Flammarion.

Aulagnier-Castoriadis P. (1975). *La violence de l'interprétation. De l'énoncé au pictogramme*, Paris: PUF.

Balier C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*, Paris : PUF.

Barthélémy S. (2015). « La fonction phorique: être porté pour porter », Revue SANTÉ MENTALE, 195, page 14, file:///C:/Users/jan/Downloads/SM195_desmots.pdf

Beauvois J-L. (2011). *Les influences sournoises: précis des manipulations ordinaires*, collection Société, Editions Bourin.

Beckett S. (1952). *En attendant Godot* , Paris : les Editions de Minuit.

Benslama F. (2004). « Psychopathologie de l'errance dans ses rapports avec la culture contemporaine », Annales Médico-Psychologiques, N°163, 132-137.

Bentolila S. (2016). « Les habitants du 16ème arrondissement rejettent violemment le futur centre d'hébergement ». http://www.marianne.net/les-riverains-du-16earrondissement-rejettent-violemment-futur-centre-hebergement-100241091.html

Bergeret J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*, collection Psychismes, 3ème édition, Paris : Dunod.

Berthelier R. (1993). *L'homme maghrébin dans la littérature psychiatrique*, Collection santé, société et culture, Paris : éditions l'Harmattan.

Berthet D. (sous la direction de). (2007). *Figures de l'errance*, série esthétique, collection ouverture philosophique, Paris : éditions L'Harmattan.

Bettelheim B. (1979). *Survivre*, (traduction) Paris: éditions Robert Laffont.

Bissuel B. (2002). « L'objectif zéro SDF en 2007 est-il réalisable ? », Journal Le Monde, 21 mars.

Bolzingzer A. (1982). « Le concept clinique de crise », Bulletin de psychologie, XXXV, N°355, pages 475-480.

Bolzman Cl. (2014). « Exil et Errance », *Pensée plurielle*, 2014/1 (N°35), pages 4352.

Bourdieu P. (1979). « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 30, novembre 1979, p. 3-6.
http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1979_num_30_1_2654

Bourdieu Pierre et coll. (1993). *La misère du monde*, collection « Libre Examen », Paris: éditions du Seuil.

Bouvet C. (2005). « Marginalité volontaire et état limite. Etude clinique d'un musicien du métro », Evolution Psychiatrique ; 70, Editions Elsevier SAS.

Brelet-Foulard F., 2004/1 (N°10), « De Freud à Winnicott, plaidoyer pour l'agir », Psychologie Clinique et Projective, N°10, Eres, 7-29.

Bresson M. (1997). *Les SDF et le nouveau contrat social. L'importance du logement pour combattre l'exclusion*, collection « Technologie de l'action sociale », Paris : l'Harmattan.

Breton Roland. (1981). *Les ethnies*, collection que sais-je ?, Paris : PUF.

Brigitte Vital-Durand. (1997). « Portrait. Yves Le Roux, 50 ans, est SDF. Par fierté, cet ex-prof refuse d'être pris en charge et se tient à l'écart de la marge. Sans Docilité Fixe», *Libération*, le 6 janvier 1997.
http://www.liberation.fr/portrait/1997/01/06/yves-le-roux-50-ans-est-sdf-par-fierte-cetex-prof-refuse-d-etre-pris-en-charge-et-se-tient-a-l-ecar_194984

Bukowski Ch. (1998). *Journal d'un vieux dégueulasse*, collection Le livre de poche, Grasset.

Bydlowski M. (1978). « Les enfants du désir. Le désir d'enfant et sa relation à l'inconscient », *Psychanalyse à l'Université*, IV, 13, pages 59-92.

Castan N. (1991). « Du grand renfermement à la Révolution », in J-G. Petit (dir), *Histoire des galères, bagnes et prisons XIIIème-XXème*, Toulouse.

Castel R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris : Fayard.

Castelain J-P. (1989). *Manières de vivre, manière de boire. Alcool et sociabilité sur le port*, Paris : Imago.

Célérier M-C. (1989). *Corps et fantasmes. Pathologie du psychosomatique*, Collections Psychismes, Paris : Dunod.

Chambon N. (2013). « Le migrant précaire comme nouvelle figure du débordement », N°48, juillet, Rhizome.

Charrenton G., Mathieu F., Pitici Colette. (2012). « La scène errante : en quête d'un domicile fixe dans l'autre. Les bénéfices psychiques de la visibilité des sujets SDF au regard des fantasmes originaires », Revue psychologie clinique, 2012/1 N°33, p. 125-137. www.psycho-clinique.org

Chasseguet-Smirgel J. (1987). « L'acting out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique », Revue Française de Psychanalyse, 4, pages1083-1099.

Cherki A. (2000). *Frantz Fanon, portrait*, Paris : éditions du Seuil.

Cherki A. (1998). « Figures de l'errance », PTAH (Psychanalyse Traversée Anthropologie Histoire), N°5-6, 67-72.

Chobeaux F. (2001). *L'errance active*, Paris : édition des Actualités sociales hebdomadaires.

Chobeaux F. (2004). *Les nomades du vide,* Paris : La Découverte.

Chobeaux F. (2009). *Intervenir auprès des jeunes en errance*, Paris : La Découverte.

Chobeaux F. (2016a). « Vingt-cinq ans de jeunes en errance active. Où en est-on ? », *Les adolescents (et ce qu'ils ont de difficile)*, Cahiers de Rhizome, Santé Mentale et Précarité, pages 23-29.

Chobeaux F. (2016b). « La fabrique institutionnelle de l'errance », Le Sociographe, N°53, pages 21-26.

Choquet M., Askevis M. (2003). « Qui sont les adolescents fugueurs ? », *Adolescence*, 1, *« La rue »,* Editions Greupp, Paris, pages 141-147.

Ciavaldini A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris : Masson.

Ciccone A. (2015). « Fondements de la position clinique face au discours social dominant », Bulletin de Psychologie, tome 68 (4), N°538, Juillet-août.

Colin V. (2005), *«* La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine » in M. Joubert et al., *Répondre à la souffrance sociale*, pages 99-115, éditions Eres.

Colombé M-P., Jan O., (2012). «Dans ces conditions, vous êtes fou ! La parentalité en contexte d'urgence sociale ». Texte en ligne sur le site rrapp.fr proposé à la journée *Etre parent-s dans l'urgence sociale* journée FNARS NATIONALE, HAUTE NORMANDIE, BASSE-NORMANDIE, PICARDIE, Roue, le 19 octobre 2012.

Conseil I., Jan O. (2003). « Ce que le travail auprès des exclus a changé pour nous» sur le site rrapp.fr

Corcos M. (2009). *La terreur d'exister*, Paris : Dunod.

Cyrulnik B. (2010). *Mourir de dire. La honte*, Paris : Editions Odile Jacob.

Cyrulnik B. (2010). *Je me souviens…* collection poches, Paris : Editions Odile Jacob.

Dabitch Ch., Durieux Ch. (2014). *Le captivé*, Editions Futuropolis.

Daviet O. (2009). « Clinique de la précarité, précarité de la clinique », *Le Journal des psychologues*, 2009/6 (n° 269), pages 56-60.

De Cervantes Miguel. (2001). *L'ingénieux hidalgo*. *Don Quichotte de la Manche*, Tome 1 et 2, Editions Points.

De Dinechin B., Meca Zuazu Pédro. (1989). *La vie la nuit*, Préface de l'Abbé Pierre, collection l'histoire à vif, Paris : Les éditions du cerf.

De Gaulejac V. (2011).*Les sources de la honte*, essai, Point.

Vincent de Gaulejac, Isabel Taboada Léonetti, Frédéric Blondel et Dominique Marie Boullier. (2015). *La lutte des places,* Paris : Desclée de Brouwer.

Declerck P. (1986). «La vie pour rien », les Temps Modernes, n°478.

Declerck P. (1997). « A la rencontre de sujets vides ? », Actes du colloque national, Lyon-Bron, ORSPERE et école Rockefeller section sociale-Lyon, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, les 22, 23 24 octobre 1997, pages 107-111.

Declerck P. (2001), *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, collection Terre Humaine, Paris : Plon.

Declerck P. (2002). « Des personnes extrêmement désocialisées », Revue Quart Monde, Avril, N°184, *La santé pour tous, pour quand ?*

Declerck P. (2005). *Le sang nouveau est arrivé. L'horreur SDF*, collection *nrf*, Paris : Éditions Gallimard.

Declerck P. (2012). *Démons me turlupinant*, collection *nrf*, Paris : éditions Gallimard.

Declerck P. (2016). *Crâne*, collection *nrf*, Paris : éditions Gallimard.

Delage M., 2012, « Existe-t-il une histoire particulière chez les agresseurs sexuels? Quel est le rôle de ce facteur?». Document en ligne accessible à cette adresse : http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Delage.htm

Delfeil de Ton. (2014-2015). « Les dessins de Bascoulard. Le clochard était un génie», Edition N°2616-2617, le Nouvel Observateur, pages 130-132.

Deligny F. (2013). *Cartes et lignes d'erre*, éditeur : L'arachnéen.

Deniker P., Lemperière Th., Guyotat J. (1990). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris : Masson.

Descombey J-P. (1984). « Qu'est-ce que la psychanalyse peut avoir à faire avec les sujets alcooliques ? », Bulletin de la Société Française d'Alcoologie, N°3, 25-29.

Descombey J-P. (1985). *Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme entre médecine, psychiatrie et psychanalyse*, Editions Privat.

Despentes V. (2015). *Vernon Subutex,* Tome 1, Collection Le Livre de Poche, Editions Grasset et Fasquelle.

Deutsch H. (1997). *Psychologie des femmes*, collection Quadrige, Paris : PUF.

Deutsch H. (2007). *Les Personnalités as if. Les « comme si » et autres textes inédits*, Paris : éditions du Seuil.

Devereux G. (1967). « La renonciation à l'identité : défense contre l'anéantissement », Paris, PUF, Revue Française de Psychanalyse, T 31, n°1, 101-142.

Devereux G. (1970). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Editions Gallimard.

Devereux G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris : Flammarion.

Devereux G. (1979). «La pseudo homosexualité grecque et le "miracle grec" », *Ethnopsychiatrica*, II, 2, 211-241.

Devereux G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris : Flammarion.

Devereux G. (1996). *Ethnopsychiatrie des indiens Mohave*, Collection Les empêcheurs de penser en rond, Editions Synthélabo Groupe.

Devereux G. (1998). *Psychothérapie d'un indien des plaines: réalités et rêve*, Paris : Fayard.

Diatkine R. (1957). « La notion de régression », L'évolution psychiatrique, 2, pages 405-425.

Diet A-L. (2003). « Je ferai de vous des esclaves heureux », Connexions *1/2003 (n°79), p. 69-80. URL : www.cairn.info/revue-connexions-2003-1-page-69.htm.*

Diet E. (2007). « La groupalité sectaire : emprise et manipulation » in Edith Lecourt et all., *Modernité du groupe dans la clinique psychanalytique*, Eres.

Diet E., Tapia Cl. (2012). « L'hypermodernité en question. », *Connexions* 1/2012 (n°97), p. 7-8. URL : www.cairn.info/revue-connexions-2012-1-page-7.htm.

Doray B. (2006). *La Dignité. Les debouts de l'utopie*, Paris : La dispute/SNEDIT.

Dorey R. (1981). « La relation d'emprise », in Nouvelle Revue de Psychanalyse, N°24, *L'Emprise*, automne 1981, Gallimard.

Douville O. « Pour une lecture d'anthropologie clinique des conduites d'errance chez les mineurs », site web personnel d'Olivier Douville. Article non daté. https://sites.google.com/site/olivierdouvilleofficiel/articles/pour-une-lecture-danthropologie-clinique-des-conduites-d-errance-chez-les-mineurs

Douville O. (2000). « Quelques remarques historiques et critiques sur l'ethnopsychiatrie », in Journée d'Etude de l'Ecole de Ville Evrard : *Y a-t-il une clinique de l'exil ?* http//:ecoledevilleevrard.free.fr

Douville O. (dir.), 2012, *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, collection inconscient et culture, Paris : Dunod.

Douville O.; Fotso-Djemo Jean-Baptiste, « Pas de psychologie clinique sans anthropologie clinique », site web personnel d'Olivier Douville. Article non daté. https://sites.google.com/site/olivierdouvilleofficiel/articles/pas-de-psychologieclinique-sans-anthropologie-clinique

Douville O. « Le clinicien et l'humour », site personnel d'Olivier Douville. Article non daté. https://sites.google.com/site/olivierdouvilleofficiel/articles/le-clinicien-et-l-humour

Douville O. (1994). « De l'errance et de ses sites », Adolescence, N°23, pages 113126.

Douville O. (2000). « Des adolescents en errance de lien », N°1, janvier, L'information psychiatrique, 29-34.

Douville O. (2001). « Pour introduire l'idée d'une mélancolisation du lien social », Cliniques Méditerranéennes, 2001/1 (N°63), Erès, 239-262.

Douville O. (2008). *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos modernités*, collection l'impensé contemporain, éditions Pleins Feux.

Douville O. (2012a). « Grandes exclusions et corps extrêmes : de la fabrique du paria», in *Cliniques psychanalytiques de l'exclusion,* collection Inconscient et culture, Paris : Dunod, pages 165-188.

Douville O. (2012c), «De l'errance dans la ville moderne : perspectives cliniques et anthropologiques », in Marcel Sassolas, *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*, Erès, « Santé Mentale », pages 167-185.

Douville O. (2014a). *Les figures de l'Autre. Pour une anthropologie clinique*, collection Psychismes, Paris : Dunod.

Douville O. (2014b), « Considérations sur l'errance grave de certains adolescents », *Pensée plurielle* 2014/1 (N°35), pages 113-124.

Douville O., Capozoli Biancarelli L. (2013). « Des fonctions subjectives de l'errance chez des adolescents et des jeunes adultes », Le Journal des Psychologues, N°312, 34-39.

Douville O., Degorge V. (2012b). « Quelle vie psychique se fige et se reprend dans l'errance adolescente ?» in Douville O. (dir.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion,* collection Inconscient et Culture, Paris : Dunod.

Drieu D., Saeid S., Proia-Lelouey N., Plagès M., Desquesnes G. (2010). « Parcours des adolescents vulnérables à la sortie du système de la protection de l'enfance – Réflexion sur les différentes violences en jeu et sur les alternatives de prises en charge », *Psychologie Clinique* 2/2010 (n°30), pages 49-62.

Drieu D., Scelles R. (2010) « Introduction. Entretien avec Serge Tisseron et Vincent de Gaulejac à propos de leurs travaux sur la honte», *Dialogue* 4/2010 (n° 190), pages 7-24.

Duez B. (2003). « De l'obscénalité à l'autochtonie subjectale », Psychologie Clinique, N°16 « Rupture des liens, cliniques des altérités », pages 55-73.

Duez B. (2004). « Entre ambiguïté et négation : les traces du travail de l'incompatibilité dans les scènes et figures de la réalité *», La réalité psychique, psychanalyse, réel et trauma »*, Paris : Dunod, pages 45-69.

Eiguer A. (1989). *Le pervers narcissique et son complice*, collection Psychismes, Paris: Dunod.

Emmanuelli X., Malabou C. (2009). *La grande exclusion*, Bayard.

Estellon V. (2012). « Les cliniques de l'extrême aujourd'hui », in Estellon V. ; Marty F. (dir.) *Cliniques de l'extrême*, collection « Regards Psy », Paris : Armand Colin, pages 17-21.

Estellon V., Marty F. (dir.). (2012). *Cliniques de l'extrême*, collection « Regards Psy», Paris : Armand Colin.

Ey H., Bernard P., Brisset Ch. (1974). *Manuel de Psychiatrie*, Paris : Masson.

Eyguesier P. (1983) *Comment Freud devint Drogman. Etude sur la coca et la cocaïne à la belle époque,* Paris : éditions Navarin.

Favret-Saada J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts.* , Collection Folio/essais, Paris : éditions Gallimard.

Fermi P. (1998). « Le contre-transfert culturel », association Géza Roheim, texte issu d'une communication orale dans le colloque *Cliniques entre deux rives*, Université de Bordeaux-2, 1998, 9 pages. http://geza.roheim.pagespersoorange.fr/html/ctransfr.htm

Fermi P. (2009). « Le contre-transfert culturel à l'épreuve de textes », association Géza Roheim, 39 pages, http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/html/ctransfr.htm

Fermi P. (2007). « Vagabondages dans la vie et l'œuvre de Georges Devereux », Le Coq-Héron, 190, pages 29-34.

Ferrant A. (1997). « Logiques de survie et auto-organisation », in Furtos J. (dir), Actes du congrès *Souffrances Psychiques, contexte social et exclusion des* 23,24 octobre 1997, Bron, ORSPERE.

Foucault M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, nrf, Paris : Gallimard.

Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, nrf, Paris : Gallimard.

Foucault M. (1990). *Naissance de la clinique,* Collection Quadrige, Paris: PUF, France.

Freud S. (1894-1913). *Névrose, psychose et perversion* (éd. 1973), Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF.

Freud S. (1905-1918). *Cinq Psychanalyses* (éd. 1985), Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF

Freud S. (1910). *La vie sexuelle* (éd. 1969), Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF.

Freud S. (1913). T*otem et tabou*, (éd. 1986a) collection Petite Bibliothèque, Paris : Payot.

Freud S. (1914). « Pour introduire le narcissisme » (éd. 1969) in *La vie sexuelle*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF, pages 81-105.

Freud S. (1917a). « Deuil et mélancolie » (éd. 1986b), in *Métapsychologie*, collection Folio/essais N°30, Paris : Gallimard, pages 145-171.

Freud S. (1917b). *Introduction à la psychanalyse* (éd. 1976), collection Petite Bibliothèque, Paris : Payot.

Freud S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais* (éd. 1985), collection Folio essais N°93, Paris : éditions Gallimard.

Freud S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir » (éd. 1976) in *Essais de psychanalyse* (1968), collection Petite Bibliothèque, Paris : Payot, pages 41-115.

Freud S. (1921). « Psychologie des foules et analyse du Moi » (éd. 1968) in *Essais de psychanalyse*, collection Petite Bibliothèque, Paris : Payot, pages 117-217.

Freud S. (1921-1938). *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938*) (éd. 2001), Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF.

Freud S. (1923). « Le Moi et le ça », in *Essais de psychanalyse* (éd.1968). collection Petite Bibliothèque, Paris : Payot, pages 219-275.

Freud S. (1924a). « Le problème économique du masochisme » (éd. 1973), in *Névrose, psychose et perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF, pages 287-297.

Freud S. (1924b). « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose» (éd. 1973) in *Névrose, psychose et perversion*, Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF, 299-303.

Freud S. (1927). *L'avenir d'une illusion* (éd. 1971), Bibliothèque de psychanalyse, Paris: PUF.

Freud S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (éd. 1971), Bibliothèque de psychanalyse, Paris : PUF.

Freud S. (1937). « L'analyse avec fin, l'analyse sans fin », partie VII, in *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)* (éd. 2001), Paris: PUF.

Furtos J. (2012). « La clinique psychosociale et la souffrance d'exclusion comme paradigmes des situations extrêmes » in *Cliniques de l'extrême*, chapitre 14, collection « Regards Psy », Armand Colin, pages 265-288.

Furtos J. (2000). « Epistémologie de la clinique psychosociale. La scène sociale et la place des psys», in *Pratiques en santé mentale*, N°1.

Furtos J. (2004). « Souffrir sans disparaître, pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie », La santé mentale en actes, Toulouse, Erès, pages 9-40.

Furtos J. (2008). « Le syndrome d'auto-exclusion », in Furtos J. (dir.) *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris : ElsevierMasson, pages 118-133.

Furtos J. (sous la direction de) (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Paris : Elsevier-Masson.

Furtos J. (2009). « Souvenirs et acquis de séminaires sur l'articulation de la santé mentale et de la précarité », Vie Sociale et Traitement, N°101, pages 10-15.

Gaboriau P. (1993). *Clochard. L'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Paris: Julliard.

Gaboriau P. (1995). *La civilisation du trottoir* (comprenant le diversio : « dialogue avec Didier »), Paris : Editions Austral.

Gaboriau P. (1998). *SDF à la belle époque. L'univers des mendiants vagabonds au tournant des XIXème et XXème siècles*, Paris : Desclée de Brouwer.

Gauchet M. (1985). *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, bibliothèque des sciences humaines, Paris : Gallimard.

Gaillard G. (2008), « La professionnalité et la menace de disqualification », Les Cahiers de Rhizome, N°33, décembre, pages 44-47.

Girard R. (1982). *Le bouc émissaire*, le livre de poche, Biblio, Paris : éditions Grasset et Tasquelle.

Girard R. (1985). *La route antique des hommes pervers*, Paris : éditions Grasset et Tasquelle.

Green A. (dir.) (1995). *Le Négatif. Travail et pensée*, Collection Perspectives psychanalytiques, Paris : l'Esprit du Temps, diffusion PUF.

Green A. (1983). « Le complexe de la mère morte » in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris : éditions de Minuit.

Gruel L., de Queiroz J-M. (1987). « Conjurer l'exclusion. Rhétorique et identité revendiquée des habitats socialement disqualifiés », *Revue Française de sociologie,* 26, N°3, pages 431-454.

Gueslin A. (2013). *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants, vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Age*, Paris : Fayard.

Guillaumin J. (1985). « Besoin de traumatisme et adolescence. Hypothèse psychanalytique sur une dimension cachée de l'instinct de vie », revue *Adolescence,* 3, 1, 127-137.

Guillou J. (1998). *Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou « au bout d'être énervé»*, collection Logiques Sociales, Paris : L'Harmattan.

Guillou J., Moreau de Bellaing L. (1995). *Les Sans Domicile Fixe, un phénomène d'errance*, Paris : l'Harmattan.

Guillou J., Moreau de Bellaing L. (1999). *Misère et pauvreté. Sans domicile fixe et sous-prolétaires,* collection « Logiques sociales », Paris: L'Harmattan.

Gurême R., Ligner I. (2011). *Interdit aux nomades*, Calmann-Lévy.

Guyotat J. (1980) *Mort, naissance et filiation. Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation*, Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris : Masson.

Hacking I. (2002). *Les fous voyageurs*, collection « les Empêcheurs de penser en rond», Paris : Le Seuil.

Haddad G., 2002, « Le voyage figure du désir », *archives-fig-st-die.cndp.fr/actes/actes_2002/haddad/article.htm*

Hassin J. (2007). « Vivre dans la rue en 2007 », Le Monde, 19 juillet 2007.

Hatzfeld M. (2006). *Les dézingués. Parcours de SDF*, postface de Martin Hirsch, collection Passions Complices, Paris : éditions Autrement.

Henri A-N. (2013). « Le migrant précaire comme objet *mésinscrit* », juillet, N°48, Rhizome, pages 3-4.

Henry P., Borde M-P. (1997). *La vie pour rien*, collection aider la vie, Paris : éditions Robert Laffont.

Hermann I. (1972). *L'instinct filial* (1943), Paris : Denoël.

Hirsch M. (2008). « Ce que j'ai à dire sur les Sans Domicile fixe », Journal Le Monde, 2 décembre 2008.

Hugo V. (1862). *Les Misérables*, Bibliothèque de la pléiade, N°85, *nrf*, 1951, Paris : Gallimard.

Huguet M. (1987). *L'ennui ou la douleur du temps*, collection Médecine et Psychothérapies, Paris : Editions Masson.

Izzo J-Cl. (1997). *Les marins perdus*, Flammarion.

Izzo J-Cl. (1999). *Le Soleil des mourants*, Flammarion.

Jacques E. (1979). « Mort et crise du milieu de la vie », in Kaës R. (dir.), *Crise, rupture et dépassement*, collection Inconscient et Culture, Paris : Dunod, pages 277-305.

Jaillette J-Cl, Cherchève P. (2013). « Les Roms : tout dire ? », Magazine Marianne N°851, le 09/08/2013, pages 10-17.

Jan O. (2001). « Traumatisme infantile et actuel », Vie Sociale et Traitement, N°70, CEMEA, pages 29-32.

Jan O. (2001b). « Un exemple de synthèse à éviter ». Communication dans le cadre de la 4ème Journée d'Etude de l'Association Castor, *La synthèse, au cœur du travail en réseau*, Halle aux Toiles, Rouen, Septembre 2001 (texte inédit).

Jan O. (2002). « L'engouement pour l'aide aux victimes. Sur le temps en psychiatrie», *VST - Vie sociale et traitements* 1/2002 (nº 73), pages 25-27.

Jan O. (2004). « Psychotiques à la rue », Vie Sociale et Traitement, N°83, CEMEA/érès, pages 55-62.

Jan O. (2006). « Au-delà du pire, que reste-t-il de vivant ? », Vie Sociale et Traitement, N°96, CEMEA/érès, pages 58-65.

Jan O. (2008). «Si l'hôpital ne se fout plus de la charité. Principes actifs du travail partenarial dans le champ de la grande exclusion », *in* Actes du colloque des 12 et 13 juin 2008, « ***Prendre soin, une préoccupation à partager…****Santé mentale et dispositifs d'accueil et d'hébergement des personnes en situation d'exclusion »,* Grenoble, Centre Régional Document Pédagogique, pages 120-134. Texte en ligne à l'adresse : http://www.rrapp.fr/page.php?28

Jan O. (2009a). « Le refus de soin des usagers et des équipes », Vie Sociale et Traitement, N°101, CEMEA/érès, pages 25-29.

Jan O. (2009b). « Quelle clinique avec les jeunes en errance ? », Vie Sociale et Traitement, N°101, CEMEA/érès, pages 72-77.

Jan O. (2012a). « L'accueil des indésirables à l'hôpital », Vie Sociale et Traitement, N°116, CEMEA/érès, pages 107-111.

Jan O. (2012b). « Destins impossible, enfants impossibles : l'exil comme seule issue », DIALOGUE, érès, N°198, pages 111-122.

Jan O. (2013a). « Certificats en cours de prise en charge psychothérapeutique des demandeurs d'asile en France : éléments sur les rôles et effets de ces écrits de psychologue », Psychologues & Psychologies, N°225,V-VI, pages 37-41.

Jan O. (2013b), « Demandeurs d'asile : 15 ans d'observation au jour le jour d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité », N°48, Rhizome.

Jan O. (2013c). « Bienvenus en France ? La précarité des demandeurs d'asile en France depuis la fenêtre d'un psychologue en Equipe Mobile Psychiatrie Précarité », Vie Sociale et Traitement, N°120, CEMEA/érès, pages 72-75.

Jan O. (2015). « Jardin secret au jardin public. L'intime à la rue et le tact professionnel », Vie Sociale et Traitement, N°126, 2ème trimestre, CEMEA/érès, pages 84-90.

Jan O. (2016). « Survivre seul. Psychothérapie d'un ex mineur-isolé en France », Vie Sociale et Traitement, N°130, 2ème trimestre, CEMEA/érès, pages 46-52.

Jan O., Laumonier J-Cl. (2000). «Des professionnels précaires aident des précaires ». Communication au séminaire fermé de l'ORSPERE, Arbresle, couvent le Corbusier, novembre 2000.

Jeammet Ph. (1985). « Actualité de l'agir », Nouvelle Revue de Psychanalyse, 31, pages 201-222.

Kaës R (2009). *Les alliances inconscientes*, collection Psychisme, Paris : Dunod.

Kaës R. (dir.). (2005). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, collection inconscient et culture, Paris : Dunod.

Kaës R. (1979). *« Introduction à l'analyse transitionnelle »*, in Kaës (dir.), *Crise, rupture et dépassement,* Paris, Dunod, pages 1-82.

Kaës R. (2012). *Le Malêtre*, collection psychismes, Paris : Dunod.

Kaës R., Missenard A., Anzieu D. et col. (1979). *Crise, rupture et dépassement*, collection inconscient et culture, Paris : Dunod.

Kerouac J. (2010). *Sur la route*, le rouleau original, traduction française, bibliothèque « du monde entier », *nrf*, Paris : Gallimard.

Kerouac J. (1963). *Les clochards Célestes*, collection folio, Paris : Gallimard.

Ksensée A. (2004). « Dépression essentielle et narcissisme », Revue Française de Psychanalyse, 2004, 4, (Volume 68), Paris : PUF, pages 1283-1296.

Laborit H. (1976). *Eloge de la fuite*, paris : éditions Robert Laffont.

Lacarrière J. (1974). *Chemin faisant*. M*ille kilomètres à pied à travers la France d'aujourd'hui*, Fayard.

Lacarrière J. (1975). *Les hommes ivres de Dieu. Essai sur le christianisme et les Pères du désert d'Égypte et de Syrie*, collection « Points-Sagesse », Paris : Fayard.

Lacarrière J. (1981). *En cheminant avec Hérodote*, collection « Pluriel », éditions Hachette.

Lacarrière J. (1983). *Errances*, Éditions Christian Pirot.

Laplanche J., Pontalis J-B. (1978). *Dictionnaire de la Psychanalyse*, 6ème Edition, Paris: Presses Universitaires de France.

Le Goff J-F. (1999). *L'enfant, parent de ses parents. Parentification et thérapie familiale,* Paris : L'Harmattan.

Le Malefan P. (2014). « Clinique de la marge et marges de la clinique. Esquisse », *Psychologie Clinique* 1/2014 (N° 37), pages 159-171.

Le Roux Y., Lederman D. (1998). *Le cachalot. Mémoires d'un SDF*, collection J'ai lu, Paris : Ramsay.

Le Vôt-Ifrah C., Mathelin M., Nahoum-Grappe V. (1989), *De l'ivresse à l'alcoolisme. Etudes ethnopsychanalytiques*, collection Inconscient et Culture, Paris : Dunod.

Le Vôt-Ifrah C., Delaine N. (1989). « Boire : alcool, culture, clinique », in *De l'ivresse à l'alcoolisme. Etudes ethnopsychanalytiques*, collection Inconscient et Culture, Paris: Dunod, pages 29-74.

Lebrun J-P. (2007). *La perversion ordinaire. Vivre ensemble sans autrui*, Collection Médiations, Paris : Denoël.

Leccia J-D. (2012). «Clinique spatiale de l'itinérance », Les cahiers de Rhizome, N°45, pages 45-49.

Les Echos. (2013). « Quand meurent les SDF », http://www.lesechos.fr/11/09/2013/LesEchos/21519-036-ECH_quand-meurent-lessdf.htm#VGz5gKmgL8BAeq2d.99

Lesourne O. (1984). *Le grand fumeur et sa passion*, collection Voix Nouvelles En Psychanalyse, Paris : PUF.

Levi-Strauss C. (1973). *Tristes Tropiques*, collection Terre Humaine, Paris : PLON.

Levi-Strauss C. (1984). *Race et histoire*, Bibliothèque Médiations, Paris : DENOËL.

Leyens, J.-P./ Yzerbyt, V./ Schadron, G. (1996), *Stéréotypes et cognition sociale*, Sprimont Mardaga.

Linton R. (1986). *Le fondement culturel de la personnalité*, Paris : Dunod-Bordas.

Loison-Leruste M. (2014). « Eloigner les indésirables », in S. Paugam (dir.), *L'intégration inégale. Etude sur les liens sociaux*, EHESS, 2014.

Loison-Leruste M. (2014). *Habiter à côté des SDF. Représentations et attitudes face à la pauvreté*, Paris : L'Harmattan.

London J. (1902). *Le peuple de l'abîme*, collection Bouquins, Robert Laffont.

Lussier V. (2007). « Entre l'indicible et l'errance, l'acte-signe d'itinérance », Topique, 2007/2, N°99, pages 129-138.

Maffesolli M. (1997). *Du nomadisme : vagabondages initiatiques,* Editions FGF.

Maisondieu J. (1977). « L'homme alcoolique mort-vivant ou vivant-mort ? », Annales Médico-Psychologiques, Tome II, pages 723-728.

Maisondieu J. (1997). « Le syndrome d'exclusion", in Furtos Jean (dir), Actes du congrès *Souffrances Psychiques, contexte social et exclusion des* 23, 24 octobre 1997, Bron, ORSPERE, pages 117-124.

Maisondieu J. (2010). *La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide*, Paris : Editions Bayard.

Mankell H. (2007). *Tea-Bag*, collection Points, Paris : Editions du Seuil.

Mankell H. (2015). *Sable mouvant. Fragments de ma vie*, Paris : Editions du Seuil.

Martin J-P. (1995). *Psychiatrie dans la ville. Pratiques et cliniques de terrain*, collection Etudes, Recherches Actions en Santé Mentale en Europe, Ramonville Saint-Agne : éditions érès.

Martin J-P. (2011). *La rue des précaires. Soins psychiques et précarités*, collection Etudes, Recherches Actions en Santé Mentale en Europe, Toulouse : éditions érès.

Marty F. (dir.) (2012). « Cliniques de l'extrême : penser l'impensable ? » conclusion in *Cliniques de l'extrême*, Armand Colin, collection « Regards Psy », pages 307-311.

Marty P. (1968). « La dépression essentielle », Revue Française de Psychanalyse, tome XXXII, N°3, Paris : PUF, pages 595-598.

Masud Khan M. (1974). « Le concept de traumatisme cumulatif » in *Le soi caché,* 1976, Paris, Gallimard.

Masud Khan M. (1976). *Le soi caché*, Collection connaissance de l'inconscient, Paris: Gallimard.

Mathieu F. (2011). « La désaide dans la théorie freudienne ». http://theses.univlyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2011.mathieu_f&part=353775

Mercuel A. (2012). *Souffrance psychique des sans abris. Vivre ou survivre*, Paris: Editions Odile Jacob.

Michel-Chich D. (1990). *Déracinés. Les pieds noirs aujourd'hui*, Editions Plume.

Morin E. (1976). *« Pour une crisologie »*, *La notion de crise*, sous la direction d'André Béjin et Edgar Morin, Communications, 25, pages 149-164.

Moro M-R., Baubet T. (2003). *Psychiatrie et migration*, Paris : Masson.

Moureaux F, A. Marheil, « Définition stéréotypes et préjugés », http://www.unigiessen.de/cms/fbz/fb05/romanistik/institut/personal/dozent/moureaux/seminar/g1-introduction/G1-stereotypes

Mucchielli L. (1996-1997). « Alexandre Vexliard (1911-1997). Un pionnier de la recherche française sur les processus de désocialisation », Bulletin de psychologie, N°13-14, Tome L – N°431, pages 509-530.

Mucchielli L. (1998). « Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard », Revue Française de Sociologie, pages 105-118. http://www.uqac.ca/jmtsociologue/

Nahoum-Grappe V. (dir.). (1993). *Vukovar, Sarajevo… La guerre en ex-Yougoslavie,* Paris : éditions Esprit.

Nahoum-Grappe V. (1991). *La culture de l'ivresse. Essai de phénoménologie historique*, Paris : éditions Quai Voltaire.

Nahoum-Grappe V. (1995). *L'ennui ordinaire. Essai de phénoménologie sociale*, Paris: éditions AUSTRAL essais.

Nathan T. (1977). *Sexualité idéologique et névrose*, BIBLIOTHEQUE D'ETHNOPSYCHIATRIE, Grenoble : éditions La pensée sauvage.

Nathan T. (1986). « Trauma et mémoire », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, N°6, *«Métamorphoses de l'identité »*, Tome 1, pages 7-18.

Nathan T. (1999). *« 613 »*, collection Roman Noir, Paris : Editions Odile Jacob.

Nathan T. (2012). *Ethno-roman*, Paris : Editions Grasset.

Nathan T., Préface « Devereux, un hébreu anarchiste », in Devereux G., 1996, *Ethnopsychiatrie des indiens Mohave*, Collection Les empêcheurs de penser en rond, Editions Synthélabo Groupe, pages 11-19.

Noblet P. (2015). « Maltraiter les sans-abri au nom de l'égalité », VST – Vie Sociale et Traitements, 2015/3, N°127, pages 27-32.

Onfray M. (2010). *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, Grasset.

Orwell G. (2001). *Dans la dèche à Paris et à Londres*, collection 10/18 « domaine étranger », éditions IVREA (première édition 1933).

Pagnier (1910). *Le déchet social. Le vagabond, ses origines. Sa psychologie. Ses formes. La lutte contre le vagabondage*, Paris.

Paugam S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris : PUF.

Pinçon M., Pinçon-Charlot M. (2009). *Voyage en grande bourgeoisie*, collection quadrige (réédition), Paris : PUF.

Pinçon M., Pinçon-Charlot M. (2010). *Le président des riches, enquête sur l'oligarchie dans la France de Nicolas Sarkozy*, collection zones, Paris : éditions La Découverte.

Poisson-Quinton, Sylvie/ Mimram, Reine (2009). *Compréhension écrite, Niveau 4.* Paris : CLÉ internationale.

Pommier F. (2012). Préface, in *Cliniques de l'extrême*, Armand Colin, collection «Regards Psy », 13-16.

Porot A. Et coll. (1984). *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Presses Universitaires de France.

Porquet J-L. (1988). *La débine*, Paris : Flammarion.

Quesemand-Zucca S. (2007). *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, collection *un ordre d'idées,* Stock.

Rabier A-M. (1983). *Colporteurs et taupiers*, Paris.

Raoult P-A. (2006), « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », 2006/1, Bulletin de Psychologue N°481, pages 7-16.

Rawicz Slavomir (2011). (Réédition), *A marche forcée. A pied du cercle polaire jusqu'en Inde 1941-1942*, Editions Phébus.

Reiser (2008). *Gros Dégueulasse*, Grenoble, Editions Glénat/Le Nouvel Observateur.

Ribstein M., Montalti J-P., Rouquette M-Cl. (1981). « Statuts et fonctions des situations de crise en psychopathologie », *L'information psychatrique,* Volume 57, numéro supplémentaire, pages 11-16.

Richards K. (2011), *Life*, Collection Documents, Editions Point.

Roussillon R. (2001). *Agonie, Clivage et symbolisation*, Collection LE FAIT PSYCHANALYTIQUE, 2ème édition, Paris : PUF.

Roussillon R. (2012). « Les logiques de survie et la rencontre clinique », in *Cliniques de l'extrême*, chapitre 15, Armand Colin, collection « Regards Psy », 2012, pages 289-306.

Roussillon R. (1997). « L'errance identitaire », in Furtos Jean (dir), Actes du congrès *Souffrances Psychiques, contexte social et exclusion des* 23,24 octobre 1997, Bron, ORSPERE, pages 83-86.

Roussillon R., (2008a), « Le besoin de sécurité », in Furtos J. (dir.), *Les cliniques de la précarité*, Paris : Masson, pages 50-62.

Roussillon R. (2008b). « La loi du plus faible », in Furtos J. (dir), *Les cliniques de la précarité*, Paris : Masson, pages 134-138.

Sadoux Ch. (2012). *L'abbé Pierre, un homme libre*, collection les patrimoines, Le Dauphiné éditions, 50 pages.

Sattouf R. (2014-2015). *L'arabe du futur. Une jeunesse au Moyen-Orient*, tomes I et II, Allary Editions.

Searles H., (1981). *Le contre-transfert*, collection connaissance de l'inconscient, *nrf*, Paris: Gallimard.

Simenon G. (1963). *Maigret et le clochard,* Presses de la Cité.

Sironi F. (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*, Paris : Editions Odile Jacob.

Sironi F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*, Paris : Editions Odile Jacob.

Slavomir Rawicz (2011), *A marche forcée. A pied du cercle polaire jusqu'en Inde 1941-1942*, Editions Phébus.

Smadja C. (2001). « Clinique d'un état de démentalisation », *Revue française de psychosomatique* (n° 19), pages 11-27.

Smadja C., Szwec G (2001). « Argument », *Revue française de psychosomatique* (n°19), pages 7-9.

Steichen R. (1981). « Les crises existentielles dans la relation médecin-malade », Psychothérapies, N°3, pages 139-148.

Stern A-L. (2004). *Le savoir-déporté. Camps, Histoire, Psychanalyse*, Collection La Librairie Du XXI ème Siècle, Paris : éditions du Seuil.

Süskind P. (1985). *Le parfum*, Paris: Fayard.

Thom R. (1976). « Crise et catastrophe », Communications, *La notion de crise*, sous la direction d'André Béjin et Edgar Morin, 25, pages 34-39.

Tisseron S. (1992). *La honte. Psychanalyse d'un lien social*, Paris : Dunod.

Trastour J. (2000). « Partis de nulle part et revenus de tout », *Champ Psychosomatique*, N°20, pages 7-19.

Uwera Kanyamanza Cl. (2012). « La fratrie dans les ménages d'enfants sans parents au Rwanda... après le génocide », 2, Dialogue, N°196, érès, pages 61-72.

Vacquié A. (1902). *Le vagabondage des adultes*, Agen, imprimerie moderne.

Van Reybrouk D. (2012). *Congo. Une histoire*, Actes Sud.

Vexliard A. (1956). *Introduction à la sociologie du vagabondage*, collection Petite bibliothèque sociologique internationale, Paris : Librairie Marcel Rivière.

Vexliard A. (1957). *Le clochard. Etude de psychologie sociale*, avant propos d'Henri Ey, Desclée de Brouwer, Bruges.

Vigarello G. (1985). L*e propre et le sale. Hygiène du corps depuis le Moyen-âge*, Collection UH L'Univers Historique, Paris : éditions du seuil.

Winnicott D.W. (1983). « La crainte de l'effondrement », Nouvelle Revue de Psychanalyse, N°11, pages 35-44.

Winnicott D.W., (2012). « *La capacité d'être seul »*, Petite Bibliothèque Payot, Numéro 877, Paris.

Zarifian E. (1988). *Les jardiniers de la folie*, Editions Odile Jacob.

Zempleni A. (1983). « Le sens de l'insensé : de l'interprétation magicoreligieuse des "troubles psychiques" Psychiatrie Française, 4, 29-47.

Communications

Botté J-M, Jan O., «Présentation de l'association Castor », Actes du colloque national de Lyon-Bron, ORSPERE et école Rockefeller section sociale-Lyon, *« Souffrance psychique, contexte social et exclusion »,* les 22, 23 24 octobre 1997, pages 305-308.

Le Vôt-Ifrah C., Jan O, « Les psys, fantassins de la République ? Et pourtant, malgré nous »…, in « Fantassins de la République », journée de l'Association Castor, Rouen, Halle aux Toiles, le 29 mars 1998 (non publié).

Jan O., Laumonier J-Cl, « Des travailleurs précaires s'occupent des précaires », Orspere, Séminaire fermé de l'Arbresle, 2000 (non publié).

Jan O., Vigier M., « Accueillir avec l'alcool en institution ? », in actes du Congrès International ORSPERE-ONSMP « La santé mentale face aux mutations sociales », Lyon-Ecole Normale Supérieure, les 12, 13 14 octobre 2004. Article en ligne sur le site du RRAPP. http://www.rrapp.fr/page.php?60

Jan O., « Si l'hôpital ne se fout plus de la charité : principes actifs du travail de partenariat dans le champ de la grande exclusion » in « Santé mentale et dispositifs d'accueil et d'hébergement des personnes en situation d'exclusion. Prendre soin, une préoccupation à partager », Actes du colloque de Grenoble, Centre Régional Document Pédagogique, les 12 et 13 juin 2008, pages 120-138.

Jan O., « Jeunes en errance et contre-transfert », conférence inaugurale du Séminaire National de Recherche Clinique des Equipes Mobiles PsychiatriePrécarité en collaboration avec les CEMEA au MANS (22, 23, 24 janvier2014). Texte en ligne sur le site rrapp.fr.

Maisondieu J., « Le syndrome d'exclusion », Actes du colloque de national LyonBron, ORSPERE et école Rockefeller section sociale-Lyon, *« Souffrance psychique, contexte social et exclusion »,* les 22, 23 24 octobre 1997, p.117-124.

Mémoires et thèses

Boinot Karine (2007). *La construction psychique de l'errance. Stratégies institutionnelles d'offres et de demandes*, Thèse pour le Doctorat de Psychologie, sous la direction de L.-M. Villerbu. Université de Rennes II.

Caro F.A. (2005). *Voyage pathologique : historique et diagnostiques différentiels*. Mémoire pour le DEA Médecine scientifique, psychopathologie, psychanalyse, Université Paris VII, sous la direction de Mr Fethi Benslama, 79 pages.

Chevalier J. (en cours) : *Les processus psychiques en jeu dans la relation entre le sans domicile et son chien.* Thèse pour le doctorat de psychologie, sous la direction du Professeur Pascal le Maléfan, Université de Rouen.

Colin V. (2002). *Psychodynamique de l'errance. Traumatisme, fantasmes originaires et mécanismes de périphérisation topique*. Thèse pour le doctorat de psychologie, sous la direction du Professeur Bernard Duez, Université de Lyon II.

Courant Pascal (2010). *Incurie : habiter une souffrance. Troubles de l'habiter et de l'habitat.* Mémoire D.U. *Souffrance individuelle, psychopathologie et lien social,* Université de ROUEN :

Colin V., Pichon A., Bonneval L. (2012). *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance De la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement.* Rapport de recherche (sous la direction de Jean Furtos). ONSMP-ORSPERE. http://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/Rapport_Accompagnement_logement_ORSPERE_2012.pdf

Jan O. (1988). *Le double mort. Essai d'articulation des notions d'enfant de remplacement, d'astructuration mentale et de crise du milieu de la vie*. Mémoire de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Monsieur le Professeur J-M. Petot, Université de Rouen, 116 pages + annexes.

Jan O. (1989). *L'alcoolisme, entre culture et individu. Pour une approche ethnopsychanalytique de l'éthylisme*. Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Madame la Professeure B. Marbeau-Cleirens, Université de Rouen, 69 pages + annexes.

Langlard G. (en cours). *Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale.* Thèse pour le doctorat de psychologie, sous la direction des Professeurs E. Bouteyre, Université d'Aix-Marseille et P. L e Maléfan, Université de Rouen.

Lavenu Mickaël (2010). *Un mythe sans logis : Résurgence du Hobo*. Mémoire D.U. *santé mentale et précarité* sous la direction du Docteur Jacques HASSIN, Université PARIS-DESCARTES. Texte en ligne sur le site rrapp.fr

Le Vôt-Ifrah C. (1981). *La « maladie alcoolique » et les aléas du contre-transfert. Etude ethnopsychiatrique*, sous la direction du Professeur A. Gorceix, Université de Paris VII, Faculté de médecine Lariboisière-Saint Louis.

Létuvé A. (1987). *Les dispositifs psychothérapiques à médiation corporelle. La question de la régression*, Thèse pour le Doctorat de Psychologie sous la direction de Max Pagès. Université Paris VII.

Mathieu F. (2011). *L'errance psychique des sujets SDF. Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction.* Thèse pour le Doctorat de Psychologie, sous la direction du Professeur Bernard Duez, Université de Lyon II.

Mondière-Lequin Gladys (2003). *Contribution à l'étude du fonctionnement psychique des femmes sans domicile fixe.* Thèse pour le Doctorat de Psychologie, sous la direction de Serban Ionescu. Université Paris V.

Rouchon J-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel. Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, DES de psychiatrie, sous la direction de la professeure Marie-Rose Moro, Faculté de Médecine, Université de Nantes.

Tissié Philippe Auguste. (1887). *Les aliénés voyageurs : essai médico-physiologique*. Thèse de médecine de Bordeaux N°29. Thèse en ligne sur le site Bibliothèque numérique Médic@, http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=TBOR1887x29&do=chapitre

Chansons, supports musicaux

Armand est mort. (1991). MC Solaar. Album *Qui sème le vent récolte le tempo*, Polydor.

Assedic. (1994). Les Escrocs, Album *Faites-vous des amis*, Editions Della JAVA.

Carmen, Bizet G.

Charlélie Couture. (1982). Album *Quoi faire*.

Clodi clodo. (1980). Claude Nougaro. Album *« Assez ! »,* Barclay.

Coutance. (1975). Dick Annegarn, Album *Mireille*, Polydor.

Donne-moi de mes nouvelles (2005). Allain Leprest (paroles) et Nathalie Miravette (musique).

Je bois. (1955). Boris Vian Boris.

Je suis parti de chez mes parents. (1979). Téléphone. Album *Crache ton venin*, Studios Pathé, Paris.

L'étrangère. (1981).Yves Montant, Olympia, album live.

La java du caniveau. (2002). Les Escrocs. Album *Six pieds sur terre*, Editions Nextmusic, M label.

La mauvaise réputation. (1952). Georges Brassens, Album *gare au gorille.*

Les pianistes d'ambiance. (1981). Charlélie Couture*,* Album *« Pochette Surprise »,* Island Records.

Loukoum et camembert. (1994). Les Escrocs, Album *Faites-vous des amis*, Editions Della JAVA

Road 66, Nat Kin Cole, reprise des Rolling Stones (1964).

Revues et documents

ADOLESCENCE, 2003, T. 21 n°1, « La rue », 43, Les éditions GREUPP.

CHAMP PSYCHOSOMATIQUE, Médecine Psychanalyse Anthropologie, 2000, n°20, « Errance, exclusion », L'Esprit du Temps.

Vie Sociale et Traitement, Revue du Champ Social et de Santé Mentale, 1999, n°64, dossier : « avec l'errance ».

Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie N°6, « Métamorphoses de l'identité », Tome 1, 1986.

Le Coq-Héron, 2007, n°190, « Georges Devereux, une voix dans le monde contemporain », érès.

Rhizome, Bulletin National Santé Mentale et Précarité, juillet 2013. Consultable en ligne sur le site www.orspere.fr

« Habiter », 2001, Rhizome, Bulletin National Santé Mentale et Précarité, http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome7.pdf

Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social et consultable sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

Images et sons: films, documentaires, reportages, séries télévisuelles, émissions radiophoniques.

Conférences d'auteurs

Hassin J. (2007). *Vivre dans la rue*, conférence en ligne, réalisée le 30 juin 2007, Université de Tous les Savoirs, UTLS, 77 mn. Lien : http://www.canal-u.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/vivre_dans_la_rue_jacques_hassin.1514

Maisondieu J. (2011), à propos de *La fabrique des exclus. Déni de fraternité, l'exclusion est aussi un autruicide* (2010) : conférence en ligne. Lien : https://rcf.fr/jean-maisondieu-la-fabrique-des-exclus-241111-st-sixte

Spectacles

Le déprimé. Dany Boon. https://www.youtube.com/watch?v=BsibwbSD_0k

La java du caniveau. Eric Toulis (2011). https://www.youtube.com/watch?v=qkwq94JgYY

Films et documentaires

Accueillir la souffrance psy à la rue_ Accueillir, soigner, loger. (2011). Documentaire. Unafam.

Du côté de chez Bazire. Rencontre avec des personnes en situation de précarité en lien avec l'UMAPPP. (2001). J-L Galinat, R. Picard.

Hiver 1954, l'abbé Pierre. (1989). Amar D.

La crise. (1992). C. Serreau.

La maison des sans abri. (1993-1997). Calmettes J. & Boutinaud P., Documentaire, coproduction France 2/Anabase.

Le Havre. (2011). Aki Kaurismäki.

Le village de Montgeon 50 ans après, (2003), 19/20 édition Baie de Seine, ina.fr

Les arrivants. (2010). Bories CL. & Chagnard P., Documentaire,

Les passeurs de soin. (2013). MASSE Ph., Documentaire, *Milsabords (Rouen).*

Liberté et transit. (2012). Maestrali D. & Gros D., Documentaire, Fag Prod et les ateliers du doc.

Palace de rêve. (1998). Série *La vie à l'endroit*, Colonna D. et Dumas M., documentaire, collection parisienne, France 2 / MD productions.

Playboy communiste. (2009). Thouroude D. & Héranval P., Documentaire, *Milsabords (Rouen).*

Quai des brumes. (1938). M. Carné.

Rwanda, un génocide oublié ? Un procès pour mémoire. (2003). Laure de Vulpian, Documentaire sonore, réalisé par El Hadj M., mk2, France Culture.

Sans toit ni loi. (1985). A.Varda.

Un monde formidable. (1991). G. Jugnot

Urgences. (1994-2009). Crichton M. (Série).

USA : L'armée des rues. (2013). Pasinetti M. & Birden M., France 2, Envoyé Spécial.

Welcome. (2009). Lioret Ph.

Musées, expositions

Musée juif de Berlin.

Congrès, colloques

_ 1993, *Le traumatisme dans le psychisme et la Culture, organisé par* Bernard Doray pour la MIRE, Mission Interministérielle Recherche Expérimentation.

_ 2000-2003, Séminaires fermés de l'Arbresle, ORSPERE, 2000-2003.

_ 2006, Colloque « Georges Devereux, une voix dans le monde contemporain », Institut Hongrois de Paris, 15 et 16 novembre 2006 sous l'impulsion d'Elizabeth BURGOS, François Fejtö, Corinne Daubigny, Manuel Perianez.

_ 2008-2015 : les séminaires nationaux itinérants des équipes mobiles psychiatrie précarité, Rouen, Marseille, Nantes, Lyon, Le Mans.

_ 2011, 19-22 octobre, Congrès des 5 continents, Lyon, France, orspere/onsmp/ch le Vinatier.

_ 2012, Congrès « jeunes en errance », Rouen, automne 2012, organisé par les CEMEA (national), le réseau national Jeunes en errance piloté par les CEMEA, le CCAS de ROUEN.

_ 2015, Congrès *Border line/Etat limite*, 34èmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique, 30 septembre/3 octobre, Palais des congrès *Le grand large,* Saint Malo.

Rapports officiels, textes de loi, documents ministériels

28 Février 1987. « Grande précarité et précarité économique et sociale » présenté au nom du Conseil Economique et Social par Monsieur Joseph Wresenski. Journal Officiel. http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite.html

Février 1995. « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Antoine Lazarus et Hélène Strohl, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI _ Délégation Interministérielle à la Ville et au Développement Social Urbain; Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapportspublics/954050300/index.shtml

12 juillet 1995. « Rapport d'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté » présenté par Geneviève Antonioz - De Gaulle et adopté par le Conseil Economique et Environnemental le 12 juillet 1995.

Juin 1996. « Psychiatrie et grande exclusion », Rapport au Ministre commandé en 1995, de Michel Minard et Eric Piel, Mission ordonnée par X. Emmanuelli, Secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence et H. Gaymard, Secrétaire d'Etat à la Santé.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/964093200/index.shtml

31 juillet 1998. Page 11679 LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894

2002, Ministère de la Santé et des Solidarités DGS/DGAS (réalisé avec le concours de membres de l'UMAPP et du Carrefour des Solidarités dans les années). *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social. Document revu en 2007.* http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

23 novembre 2005. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B nº 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm

8 janvier 2010. « La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », rapport des docteurs Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin remis à Roselyne Bachelot-Narquin. www.sante.gouv.fr/rapport -la-sante-des-personnessans-chez-soi.html

26 janvier 2016. Texte sur le secret professionnel partagé. Article L1110-4, Modifié par la LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

ANNEXES

Note sur les annexes 1 et 2

Ces deux chansons contemporaines sur les SDF donnent un reflet de ce qui est généralement projeté (de façon standard/stéréotypée) culturellement pour expliquer ces trajectoires. Nous avons ajouté un commentaire pour chacune d'elles.

Annexe 1 : Armand Est Mort

Chanson de MC Solaar : Armand Est Mort, 1991, Album *Qui sème le vent récolte le tempo,* édition Polydor (document mentionné)

Fait divers en plein été
De galères en galères Armand s'est retrouvé clochard
Pourtant depuis tant d'années
Son job perdu, il avait recherché
Abandonné de sa femme et de son chien Albert
Mort lors d'une dispute d'un coup de revolver
Et dans le quartier, révolté, rebelle de dernière heure
La quarantaine dépassée, il est seul et il pleure

Il est trop tard pour s'intéresser à son triste sort
Armand est mort

Pourtant dix ans auparavant devant ses enfants
Leur enseignant l'amour et le respect des parents
La haine de l'avarice dans ce monde dément
Armand passait du bon temps
Accident du travail, quelques indemnités
Il retrouve un emploi puis est licencié
Invité au mariage de sa femme, Armand
Perd au tribunal la garde de ses enfants

Il est trop tard pour s'intéresser à son triste sort
Armand est mort

Avant sa fin, il habitait une belle propriété
Avec vue sur la mort, un asile de paumés
Avant sa fin, avant sa mort, il en fut délivré
Laminé, décervelé, lobotomisé

Il est trop tard pour s'intéresser à son triste sort
Le pauvre Armand est mort

Commentaire

L'artiste ici donne un explicatif de l'arrivée d'Armand à la rue : « de galère en galère », elle serait l'aboutissement d'un parcours sans chance ni bonheur. A plus de 40 ans, il est seul et malheureux, abandonné. C'est une narration post mortem que propose Claude M'Barali (MC Solaar), pour une part porteuse de culpabilité à l'adresse de chacun (on n'y peut plus rien) : « il est trop tard pour s'intéresser à son triste sort : Armand est mort ».

Il s'agissait d'un homme normal, d'un bon père, victime d'un accident de travail, de la perte de son emploi, d'une séparation et de la perte de la garde de ses enfants : *Armand est simplement victime de la déveine, de la guigne.*

On comprend aussi qu'Armand n'aurait pas lui-même véritablement assisté à sa propre fin : psychiquement détruit avant le trépas, auto exclu ou mélancolisé, il n'y était plus. Solaar mentionne son adresse alors : « (…) une belle propriété, avec vue sur la mort, un asile de paumés » : psychiatrie ? Centre d'hébergement d'urgence ? …

Annexe 2 : La java du caniveau

Chanson des Escrocs[570] : La java du caniveau, 2002, Album *Six pieds sur terre* Editions Nextmusic, M label. https://www.youtube.com/watch?v=u4GA9B6oiWg

Voici l'histoire bien ordinaire
Qui m'est arrivée cet hiver
Cette histoire c'est un peu la vôtre
Car elle n'arrive pas qu'aux autres
Un jour le grand patron m'a dit

[570] Trois musiciens forment Les Escrocs, groupe français rock et java des années 2000.

Vous passr'ez m'voir à mon bureau
Monsieur machin on vous r'mercie
Et j'ai jamais r'trouvé de boulot
Une compression de personnel
Fut mon dernier cadeau de Noël
Alors tout s'est accéléré
Mon existence a basculé
Depuis j'habite rue de nulle-part
Comme ça, ça m'est tombé dessus
Certains choisissent d'être clochards
Moi j'ai pas choisi d'être à la rue

Ca s'est passé
En moins de six mois
Avant je vivais comme toi
Maint'nant je dors
Dans un caniveau
Avec mes sacs
Et mon manteau

Les règles du grand capital
M'ont tout volé même le vital
Le nécessaire avant l'envie
Ma vie est dev'nue la survie
Ma maison, c'est un carton
D’emballage : Ikéa
C'est là que j'bossais, comme un con
Avant qu'y’s’aient plus besoin d'moi
« J'ai faim », marqué sur un panneau
Je fais l’mendiant dans le métro

Ca fait bizarre je vous assure
D'pus voir les gens mais leurs chaussures
Et croyez pas que ça m'amuse
De devoir faire le p'tit numéro
Du « Messieurs-Dames, je m'excuse,
Une pièce ou un ticket restau' »

Ca s'est passé
En moins de six mois
Avant je vivais comme toi
Maint'nant je dors
Dans un caniveau
Avec mes sacs
Et mon manteau

Les grandes vacances toute l'année
Et les joies du camping forcé
Je vous l'souhaite pas
Mais méfiez-vous
Un jour ça tomb'ra p't'être sur vous
Peut-êt' qu'un jour ce s'ra votre tour
D'aller crever au pied des tours
L'œil ébloui par la lumière
Des grands fabricants de misère
Les belles multinationales
Qui font des pauvres et des maudits
Des millions d'gens qui crèvent la dalle
Pour la cinglerie du profit
Et quand arrivera l'Euro
Vous n'en verrez pas la couleur

Ce s'ra les mêmes qu'en auront trop
Messieurs Mesdames, à vot' bon cœur

Ca s'est passé
En moins de six mois
Avant je vivais comme toi
Maint'nant je dors
Dans un caniveau
Avec mes sacs
Et mon manteau

Alors vous vivrez l’aventure
Que vivent les nouveaux clodos
Car dans la rue, la vie est dure
La rue ça fait pas de cadeaux
Assis sur le banc _ de touche
Non vous n'aurez pas le choix
On vous mèn'ra d'force à la douche
Et que vous soyez sale ou pas
Pour conserver bonne apparence
Vous vous ras'rez tous les matins
Mais les jours de grande affamance
Vous vol’rez dans les magasins
A un feu rouge pour dix francs
A des gens tous indifférents
Vous s’r’ez vendeur du Lampadaire
L'hebdomadaire de la galère

Ca s'est passé

En moins de six mois

Avant je vivais comme toi

Maint'nant je dors

Dans un caniveau

Avec mes sacs

Et mon manteau

Oui mais je sais qu'un jour viendra

Un jour le vase débordera

Les pauvres on se réunira

Voilà ce qui arrivera

En ayant marre d'être cocus

Nous les exclus de la galette

On viendra r’prendre notre dû

Cette fois, c’est vous qu'aurez les miettes

Comme y'aura pas d'aut' solution

On ref'ra la révolution

Des millions d’pauvres dans la rue

Ca peut vous foutre un beau chahut

Et on s'en ira pic-niquer

Sur les pelouses de l’Elysée

Et ce jour là, planquez l’artiche

Y f’ra pas bon être trop riche

Ca s'est passé

En moins de six mois

Avant je vivais comme toi

Maint'nant je dors

Dans un caniveau

Avec mes sacs

Et mon manteau

Les grandes vacances toute l'année

Et les joies du camping forcé

Je vous l'souhaite pas

Mais méfiez-vous

Un jour ça tomb'ra p't'être sur vous

Commentaire

Il s'agit ici aussi de la descente non programmée et non choisie d'un ex-travailleur devenu chômeur jusqu'à la rue (« depuis j'habite rue de nulle part » ; « Les grandes vacances toute l'année et les joies du camping forcé »)[514]. « La java » est l'histoire d'un début de parcours SDF, non (encore) aboutie dans la clochardisation : c'est le récit des pertes de libertés (devoir être ramassé et lavé sans forcément le vouloir, en venir à vendre un hebdomadaire de SDF, à faire la manche, à se raser quand-même, « assis sur le banc de touche » social.

Habiter le caniveau encombré de ses sacs : celui qui le vit voit les chaussures plus que les autres (Gaboriau, 1995), fait la manche. Le personnage déchu « en moins de six mois » de la chanson se souvient de sa chute sociale et met en garde. L'idée est que nul n'est à l'abri de ce danger (« je ne vous le souhaite pas mais méfiez-vous, un jour ça tombera p't'être sur vous ») : dans un monde où les grands groupes visent sans pitié le profit et rien que cela, tant pis pour les salariés qui peuvent se faire du tracas.

La chanson s'en tire par l'idée unique de l'issue révolutionnaire (« des millions de pauvres dans la rue, ça peut vous remettre un beau chahut »). Elle relève parfaitement l'angoisse de la perte, de la précarisation sociale, et rend compte de la crainte de devenir SDF aujourd'hui.

[514] Le parolier du groupe, Eric Toulis, est un artiste sensible à la réalité sociale, auteur notamment des titres *Assedic*, et *Loukoum et camembert* dans l'album *Faites-vous des amis,* Editions Della JAVA, 1994.

Annexe 3 Addendum à l'introduction générale de la thèse/ Eléments concernant la culture

Devereux propose, une conception originale de la culture, dans les suites de Freud. Pour lui, les différentes cultures sont fondées sur des bases inconscientes infantiles identiques. Chaque culture serait en congruence avec ces notions infantiles. Par contre, les sociétés vont refouler (et maintenir sur le plan latent) certains de ces aspects tandis que d'autres vont au contraire les valoriser.

La culture ne serait pas de provenance archétypale (conception jungienne très vigoureusement critiquée par le père de l'ethnopsychanalyse dans «Normal/Anormal », texte paru en 1956 aux Etats Unis) mais véhiculée, transmise dès et dans les liens primaires. Cette transmission comporte les repérages : identifications et représentations intériorisées. Avec cela, la symbolisation est rendue possible (par la référence à ce qui appartient à la manière de faire société de son propre groupe).

La culture ordonne les différences fondamentales (différence des sexes, différence des générations) mais ne se propose pas d'emblée à sa propre (auto) critique. Une culture donnée donne un chemin donné comme étant… « le vrai bon » en quelque sorte, *le* chemin à suivre. Le « nous » du groupe est toujours (illusoirement) mégalomane pourrions-nous dire… La mission intrinsèque de la culture serait de contenir l'angoisse de ses sujets devant ce qui représente l'inconnu, le non maîtrisé, le dangereux, l'étranger (l'altérité radicale), proposant une matrice de sens devenant dans le groupe *Le* sens des choses.

La rencontre des autres cultures peut être (et bienheureusement) aussi source de plaisir par l'excitation du nouveau, de l'autre.

En est-il de même quand il s'agit d'une frange interne et négativement pressentie (l'autre du dedans, comme peut l'être possiblement celui qui semble errer, le clochard, etc …)? Le rejet n'est-il pas ici d'emblée plus fortement positionné encore, presque comme le corps refusant un corps qu'il ne reconnaît pas comme sien?...

Dans notre étude, le contre-transfert se situe en situation intra-culturelle. Il est des cas en telle situation où l'analyse du contre-transfert culturel n'est pas au premier plan. La matière que nous abordons au contraire semble nécessiter cet effort, comme l'abord direct des personnes que nous avons appris à marginaliser ou exclure en général (les fous, les prisonniers, les drogués, les exclus, …).

La culture est sensée constituer pour chacun de ses sujets une base commune (personnalité de base de Ralph Linton), agir dans le sens du « formatage » des individus pour qu'ils puissent se sentir appartenir et participer à la vie du groupe par des liens conformes à ce qui y est attendu. La culture est sensée fournir des défenses « […] communes, notamment contre la solitude, la peur de rester seul dans le besoin et dans le noir, lorsque surviennent la violence et la perte de l'objet. […]. Dans la structuration des systèmes de lien, elle fournit une modalité organisatrice propre, celle des organisateurs socio-culturels, à côté des organisations psychiques inconscientes»

(Kaës, 2012). Dans ce même ouvrage, René Kaës précise que les altérités seraient de trois ordres : humain/non humain (animal et inanimé) ; la différence de génération et de sexe entre les êtres humains ; la dernière « s'organise sur la base des différences dans l'ordre des appartenances sociales et de la culture ».

Annexe 4 Le cas de Pat, une patiente état-limite effondrée

Pat est une personne d'une cinquantaine d'années, totalement passionnée par son métier de professeur de dessin et d'artiste. Cette disposition, elle la tient de l'enfance, mais il ne s'agit pas d'un don du ciel : non, elle l'aurait même rudement acquise, fruit d'une éducation stricte reçue de sa mère adoptive.

Ce n'est pas dans le contexte de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité que nous l'avons rencontrée mais son cas, au-delà, nous a semblé significatif et intéressant à relater comme situation d'effondrement d'une organisation limite.

Pat a été adoptée à l'âge d'un an. Elle n'a aucun élément quant à son origine, ne connaissant que le nom de son pays natal, rien sur les circonstances de son abandon, sur ses père et mère biologiques. Elle n'aurait jamais osé poser de question de peur de gêner et pour ne pas être malheureuse.

Enfant unique, elle aurait été toujours très tenue par ses parents, issus d'un milieu bourgeois. Elle parle peu de son père, « un homme posé, très gentil, très cultivé » et beaucoup de sa mère : autoritaire mais « exceptionnelle », totalement sûre d'elle, s'imposant partout avec succès. « C'est vrai, elle a toujours raison… mais vraiment!».

Très sportive dans l'enfance et réussissant avec brio, Pat devait abandonner son engouement pour la gymnastique sur consigne maternelle, devant consacrer son talent à la peinture, au dessin, à la créativité. Elle était une enfant « débordante d'énergie » avant d'être une adulte très active, en permanence, recherchant l'utilité pour autrui, faisant montre d'une disposition de « gentillesse » hors du commun.

Sa mère aurait toujours été au-devant de ses besoins et lui proposait des manières de s'habiller, de se coiffer, de se conduire tombant « toujours bien ».

Enfant sérieuse et rieuse, respirant la joie de vivre et faisant la joie du foyer, aimée partout, elle aurait toujours fait l'unanimité. Elle estime avoir connu une enfance «très positive », aurait réussi honorablement ses études très clairement orientées par les attendus maternels. Elle exerçait ensuite son métier avec le sourire et le sentiment d'une réalisation d'elle-même indiscutable.

Pat aurait connu une vie adulte particulière : un sentiment de réussite professionnelle, un contentement dans la relation à ses enfants avec lesquels elle aurait toujours

entretenu des relations simples et « plutôt camarades », sans trop de marque générationnelle, un même enthousiasme dans la relation à ses parents puis à sa mère devenue veuve. D'un autre côté, la sphère amoureuse aurait donné lieu à des relations où elle se faisait sadiser, abuser, battre.

Elle réussissait après des années de violence subie de « se défaire » du père de ses enfants, « un homme passionnant » mais totalement arbitraire et injuste (pervers ?). Nous comprendrons qu'en fait, c'est lui qui partait, la laissant ensuite sans aide pour leurs enfants.

L'après couple amenait Pat à travailler plus, énormément, à ne plus rechercher de liaison amoureuse, à voir et aider encore plus sa mère devenue âgée. Celle-ci n'aurait jamais modifié son exigence de visites et de temps, la patiente devant lui consacrer de longues heures, de nombreux services, chaque semaine.

Pat n'était elle-même soutenue que par ses enfants, l'aidant, la choyant. A leur départ pour leurs cursus estudiantins, Pat se mettait à faire des malaises, sans lier ces désagréments à cette solitude. Au contraire, elle n'aurait jamais eu d'inclinaison à «s'apitoyer » sur elle-même, à « s'écouter », ayant toujours eu recours à la volonté et à l'exigence pour avancer.

Un malaise l'amenait à une perte de conscience prolongée (presque 24 heures) qualifiée de « psychogène » après examens par les médecins urgentistes et neurologues. Cet état l'amenait en psychiatrie. Pat a longtemps contesté cette orientation, étant plutôt axée sur l'idée d'une pathologie grave sous-jacente, une somatisation cachée. Ce recours à l'idée d'une maladie nous semble important dans son organisation de personnalité : il pourrait s'agir d'une tendance opératoire selon nous. Les médecins l'auraient d'abord vue comme une hystérique (dont elle n'a pas la disposition conflictuelle, l'expression affective ni la résolution de l'angoisse) avant de l'envisager comme porteuse d'un trouble de l'humeur (diagnostic en vogue), de la traiter avec des antipsychotiques…

4 ans après, la patiente est dans un état d'effondrement assez similaire à celui qui s'installait immédiatement après l'étrange épisode. Dépression grave sans idées suicidaires, sentiment de vide, sentiment de néant, incompréhension face à son état, insomnies, angoisse et perte d'élan vital, abandon de son tonus, de sa force, de sa volonté, de sa capacité phorique pour autrui.

La patiente, dans son état postcritique, très médiquée (avec assez peu d'effets des médicaments) marquait sa régression par une voix devenant comme une voix d'enfant. Elle ne s'opposait à aucun soin, ne profitait réellement vraiment d'aucun non plus.

Plusieurs rencontres thérapeutiques se produisaient, sans guère d'effets : nous avons rapidement évoqué l'aide médicale peu efficace malgré l'acceptation compliante de Pat aux traitements, la contre-attitude soignante allant de l'empathie à l'exaspération. Les rendez-vous psychologiques n'avaient que peu de résultat, la patiente remerciant de l'intérêt porté et du temps consacré mais ne rentrant pas dans la relation autrement que selon le mode passif et dépendant de demande de conseils, de repérage des symptômes et des incapacités, de manifestations de sa « tête vide ».

Les avancées furent possibles très lentement par le fait de pouvoir parler, faire des ponts et des hypothèses sur le fonctionnement, sur la relation à la mère, sur la passivité, sur l'anaclitisme.

Pat entre dans la relation thérapeutique comme une consommatrice, attendant d'être nourrie, d'être enseignée (attente passive). Comment échapper à cela quand on a été comme elle à ce point désubjectivée dès l'enfance ? Et comment critiquer/remettre en question la mère puisque sans elle, Pat a le sentiment qu'elle n'est rien ? Ce de plus au moment où sa mère, très âgée, commence à avoir de graves alertes de santé…

La thérapie ne peut être ici conduite selon le modèle frustrant de la cure classique et de son silence. C'est en passant par l'étayage (qui tout à coup a fait défaut à la personnalité de Pat) qu'une amélioration s'est ressentie, sans sortie d'état, avec la conscience et la vigilance thérapeutique d'éviter la redite « sectaire », le fait d'avoir seul voix au chapitre. Le fait de dénoncer par touches les abus (maternels), les non questionnements et le laisser faire (paternels), les perversions, ouvre un espoir nouveau, malgré la lenteur de mentalisation, la réticence à comprendre, très marquée chez Pat.

Annexe 5 Texte de loi concernant le secret professionnel partagé. Article L1110-4

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96.

I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations

médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et nonprofessionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Annexe 6

Aspect peu congruent entre les EMPP, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité, et la tendance que nous croyons déceler d'une psychiatrie moderne péremptoire et standardisante et d'une aide sociale appauvrie.

Notre manière de travailler semble très souvent attendue par les travailleurs sociaux. En même temps, lorsqu'elle s'offre, elle n'est pas toujours utilisée comme on l'aimerait, c'est-à-dire selon les principes énoncés : le travailleur social lui aussi croule sous la charge et n'a bien souvent (et notamment dans le secteur mal doté de l'hébergement d'urgence) pas le temps. De plus, les dernières années voient se durcir des conditions du travail social selon nous (nous en témoignons à différents moments dans le corps de cette présente recherche). Le travailleur social peut être aussi découragé par la population qu'il rencontre et ses refus de tout, son auto-exclusion, son autodestruction, chroniques. Bien souvent, envahis par l'angoisse dégagée par ces sujets, les collègues du champ social peinent à engager des accompagnements individuels, ou se trompent de piste en collant trop fort aux mirages liés à l'insertion- injonction. Trop souvent la psychiatrie est envisagée comme un but : on rame jusqu'au psychiatre, à l'infirmier, au psychologue, sans l'idée d'une suite pour la relation d'accompagnement social engagée. Existent toujours des attentes vis-à-vis de l'institution soignante. La psychiatrie n'est pas un bloc uniforme. L'institution psychiatrique est traversée, audelà des individualités qui la composent, par des sensibilités différentes, par des théories différentes, par des courants, des conceptions parfois fort éloignées les unes des autres. Il n'y a peut-être pas beaucoup de ponts par exemple entre la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales, entre une position d'écoute et d'attente et une dynamique dans laquelle le thérapeute sait préalablement et de façon quasi standardisée ce qu'il faut (corriger, rééduquer) pour son patient.

Dans certains cas, le travail partenarial sera jouable, assez peu fréquemment à l'initiative des soignants. Il peut ici ou là se mettre en place sans se nommer, les protagonistes y participant n'envisageant pas de le formaliser, de l'employer plus ni de l'optimiser.

Dans d'autres, il est probablement quasi inenvisageable (quelle que soit le type de théorie dominant). Les professionnels alors le refusent en restant dans ce que nous avons appelé *position soignante péremptoire*. Qu'est-ce à dire ? Il s'agirait d'une

manière classique d'envisager le soin, assise sur le savoir, uniquement basée sur la clinique du praticien, faisant fi de toute information complémentaire, du contexte réel de vie. Ce qui se jouerait ne se ferait qu'entre le patient et son vis-à-vis soignant, que celui-ci soit infirmier, psychologue ou médecin. Dans cette acception, dans ce cadre d'exercice, le patient n'est vu qu'en fonction de ce que le cadre peut recevoir : on étudie la séméiologie, le discours, etc…, on sortira avec une idée diagnostic et une conduite à tenir, un traitement (d'une nature ou d'une autre). Ici, la visée est « épurée » en quelque sorte ; le praticien souhaite travailler sans contrainte, librement, sans influence dirait-on. Tout ceci est compréhensible, éthique mais _ et c'est là une limite grave _ probablement empêchant pour les cas des personnes « mal demandeuses ».

Celles-ci sont détentrices d'une complexité plus forte ; si l'on ne compose pas avec cela, rien n'est possible. Si l'on veut tenter quelque chose pour eux, nous devons bouger nos habitudes, nous questionner, essayer autrement, etc…

Dans cette acception péremptoire, qui ne demande rien ne peut accéder à rien ! Si le patient n'a rien à dire par lui-même, alors ce serait peine perdue que d'essayer de le forcer. Peut-être qu'en psychiatrie cette manière de faire, assez rigide, est venue en réaction à une part difficile de l'activité : le soin sous contrainte. Car la psychiatrie publique doit parfois soigner contre le gré du patient (pour le sauver malgré lui et protéger la société). Alors par crainte d'être excessivement instrumentalisée, menée par des logiques de protection pour la société, pour ne pas être excessivement gagnée par ce rôle jamais facilement acceptable, elle en viendrait à confondre le refus de soin réel (Hospitalisation d'Office ; Hospitalisation sur Demande d'un Tiers) et l'apparente non-demande. La « pression » représentée par un accompagnant serait peut-être facilement perçue comme douteuse (à commencer des fois par celle des familles d'ailleurs).

Ici, en psychiatrie péremptoire, le praticien ne se vit forcément pas comme l'égal du travailleur social.

Nous voyons pourtant via les EMPP que cette non-demande apparente peut parfois être « travaillable », que certaines de ces situations humaines peuvent déboucher sur des prises en charge thérapeutiques fructueuses et intéressantes pour tous (patient, accompagnant, psy), parfois contre toute attente, par surprise. Encore faut-il pouvoir se risquer, remettre en chantier nos cadres et leurs pertinences, faire des expériences, accepter les observations des autres et composer avec eux. L'hôpital est normalement encore un lieu de recherches et celles-ci ne se bornent normalement pas à l'étude des fonctionnements synaptiques et des nouvelles molécules.

La parole du tiers accompagnant, en « psychiatrie péremptoire », n'est donc pas prise en compte et, du fait, le praticien se prive d'informations importantes, « s'appauvrit » volontairement ce faisant, ne se donne guère de chance d'avancer et de faire avancer le patient. Reprenons l'exemple d'un homme tel qu'évoqué plus haut qui, d'accord pour aller voir un psy avec son travailleur social, se trouve invité à entrer seul dans le cabinet de consultation. Il ne trouvera pas facilement la possibilité de parler de lui, comme

toujours, et là plus encore, face à un inconnu, face à un psy (qui plus est ne disant souvent rien), attendant la parole du sujet. S'il est possible de « tout dire » dans ce genre d'endroit, encore faut-il pouvoir, plus encore dans un cas d'individu désocialisé, jauger l'autre, prendre le temps de s'accoutumer à cette présence, … Un homme comme lui part de loin.

Le psy risque de penser, dans un tel cadre, que cet homme n'a rien à dire, qu'il ne peut rien pour lui. Plus défensivement encore, il peut en conclure hâtivement que « c'est du social », « ce n'est pas de la psychiatrie ». Ce avec l'idée d'un forçage : encore un travailleur social qui prend des vessies pour des lanternes, pas question de se laisser instrumentaliser…

Tout le travail d'accompagnement en amont, le pré-diagnostic, le travail d'annonce, peut être ainsi balayé. Le professionnel du social peut se sentir particulièrement annulé, incompris, tout autant que le patient.

La période actuelle n'est guère confortable pour l'hôpital public et plus encore peutêtre pour la psychiatrie publique: de moins en moins de personnels, de plus en plus d'arrivées, comme c'est toujours le cas en période de stress dans la société.

Ces difficultés amènent à remettre en question en certains endroits les acquis du travail de secteur, qui était envisagé pour offrir un service au plus près de la population. Les dispositifs de soins implantés sur le secteur (Jean-Pierre Martin, 1995), dans la ville (Centres Médico Psychologiques, hôpitaux de jour, …) sont en certains endroits menacés ou condamnés (plusieurs fermetures d'hôpitaux de jour ces dernières années sur l'agglomération rouennaise par exemple). Il faut faire fonctionner l'intra hospitalier à tout prix, ce qui génère un flux centripète des personnels encore disponibles vers le dedans au détriment des dites « structures extra ». Ajoutées à cela, les conditions d'accueil peuvent être détestables, anti-soignantes: lits supplémentaires dans les couloirs des services d'admission, comptage des chambres d'isolement comme lit d'admission ordinaire, temps de séjours nécessairement brefs …

De façon traditionnelle, les Centres Médico-Psychologiques fonctionnent comme service après hospitalisation *et* comme unité de prévention. A ce titre, les habitants du secteur peuvent s'y adresser sans être passés nécessairement par la case H.P., quelle que soit leur problématique. En *psychiatrie péremptoire*, les C.M.P. n'ont jamais fonctionné comme centres ouverts ; avec la pénurie, ils se contentent d'autant plus d'un fonctionnement de type dispensaire pour « les vrais cas » relevant de la psychiatrie lourde.

Il est aussi devenu moderne de créer de grands centres de consultations de pôles plutôt que de petites unités. Au détriment de l'accueil, du travail interne, entre professionnels du soin, au risque d'une moindre proximité avec les patients, un moindre investissement dans les accompagnements.

La psychiatrie et ses professionnels peinent dans ces changements nous semble-t-il et tendent de de fait à se recroqueviller.

L'une des manières de tenir face aux nouvelles donnes psychiatriques, face à ce que Jean Furtos a pu évoquer à la suite des développements d'Olivier Douville (2001) en termes de « mélancolisation », de nostalgie et de perte, peut être une position très défensive de recentrage de l'activité vers « l'essentiel ». Il est à noter, selon nous, que « l'essentiel » tendrait à devenir non pas « la folie » mais « la psychose ». Le reste ne serait plus « de la psychiatrie » ? La souffrance psychique n'a pas à être prise en compte par la psychiatrie? Au risque de la faire évoluer vers ce que certains praticiens traditionnalistes déplorent en termes péjoratifs de *« santémentalisme »*, de *« précarologie »,* de *« sociâtrie »*…

Certains psychanalystes comme Jean-Pierre Lebrun (notamment 2007) évoquent l'émergence de nouvelles pathologies liées possiblement aux mutations sociales, telles: l'absence d'intériorisation de limites, ayant trait avec la perversion et l'usage possible de psycho-actifs, morbidités parfois discrètes se repérant à la manière de faire lien. Ajoutons que la précarisation globale de la société et la précarité réelle de beaucoup nous semble pouvoir dans nombre de cas être associées à ces tableaux.

Les services psychiatriques dont nous parlons reçoivent ces personnalités mais ne semblent pas toujours s'arrêter sur elles, *ne semblent rien apprendre d'elles*, n'essayant pas même de prendre le temps d'en comprendre quelque chose. Le «recentrage vers l'essentiel » semble appauvrir la curiosité de beaucoup (et, avec, les connaissances scientifiques nous semble-t-il), et se trouve facilement justifié par l'argument du manque de moyens, de temps.

La psychiatrie reçoit « quand même ». Comme sans conviction, avec le sentiment possible d'une perte de temps et d'énergie pour pas grand-chose, voire pour rien. On ferait du soin par formation réactionnelle (« on est bien obligé »/ « Si ce n'est pas nous, c'est personne ») ?

Retranché dans ses défenses, l'œil soignant pourrait devenir suspicieux. Soigne-t-on correctement avec ces présupposés ?

La psychiatrie ouverte au travail partenarial nous semble très minoritaire. Elle serait paradoxalement presque à contre-courant, au même moment (2005) où, pourtant, sont décrétées l'implantation de 50 équipes mobiles de psychiatrie sur le territoire français visant l'aide aux plus démunis…

La psychiatrie ouverte au travail partenarial est néanmoins existante. Parfois par volonté de service (ce fût clairement le cas dans le secteur V de psychiatrie générale sur Rouen comme nous l'avons dit, avec les docteurs Alain Gouiffes et Christian Festa), parfois y compris en territoire de « psychiatrie péremptoire » : un médecin par ci, un psychologue par-là, des équipes infirmières encore, sont sensibles et agissantes en ce sens.

La « psychiatrie péremptoire » ne semble pas pouvoir se rendre compte de ce qu'elle rate. Car, nous l'avons déjà mentionné, il y aurait, hors générosité, tout intérêt à

développer ces formes de pratiques. Prenons le cas d'une hospitalisation en psychiatrie. Un apport manifeste du partenariat est celui de permettre souvent que le problème de la sortie, sur le plan social, ne soit pas géré par elle mais par l'accompagnant du patient. Ceci garantit de ne pas maintenir une hospitalisation pour raison non médicale, de laisser de la place… Et pour le patient, savoir qu'il aura une sortie correcte avant son hospitalisation permet que celle-ci se passe sans cette angoisse surajoutée de ne pas savoir où il arrivera après.

Pour le patient, le gain par le travail partenarial est évident, d'après nous. Le travail partenarial, *c'est aussi œuvrer avant l'absolu désastre.* Ce que le travailleur social observe, c'est très lourd souvent, mais l'évidence est que ça peut être bien pire plus tard. Quand les personnes dont nous parlons ne réussissent pas à accéder aux soins, elles s'abiment encore et encore à grande vitesse. Nous ne sommes pas sans savoir que la vie sans toit, pour les plus exclus, fait vieillir bien plus vite et plus mal : l'entropie galope à la rue.

En situation avancée de déglingue, le recours aux soins existe encore, mais cette foisci en urgence face à une catastrophe: parce qu'il y a crise, désorganisation, tapage, décompensation somato-psychique soudaine, etc... L'accès aux soins se fait alors dans les conditions les moins porteuses certainement : placement sous contrainte en psychiatrie, qui risquera de ne pas pouvoir permettre quelque changement pour le sujet. Dans d'autres cas, l'hôpital se retrouve dépositaire de sujets handicapés gravement et ne trouvera plus que très difficilement une solution de sortie... si la sortie est encore possible.

Nous avons tenté de montrer que le travail partenarial représente des intérêts multiples : le bénéfice que peut en tirer le sujet auquel il s'adresse qui, sans son concours, n'accèderait que très difficilement aux soins. L'avantage professionnel qu'il représente pour les deux univers concernés : celui du soin et celui de l'aide sociale : ensemble, ils peuvent quelque chose, sans l'autre c'est excessivement limité, des fois infaisable.

Nous avons essayé de montrer les aspects subtils qui résident dans cet exercice en « zoomant » surtout sur « l'annonce » de l'intérêt d'une aide psy pour l'usager prononcée par cet interlocuteur autorisé qu'est devenu son travailleur social par côtoiement. Selon nous, il ne s'agit pas d'un exercice contraignant puisqu'il ouvre sur les autres, décloisonne pour une part les institutions complémentaires, nous rend moins aveugle à la « vraie vie » des gens (dont on ne veut défensivement pas savoir trop en « psychiatrie péremptoire »).

Correctement compris et appliqué, c'est-à-dire en pesant ce que chacun peut en tirer de profit personnel dans son champ professionnel, il s'agit d'un exercice efficace. Il ne s'agit pas d'une sous pratique. En tant que psychologues à l'UMAPP, menant par ailleurs des thérapies analytiques, nous avons autant de satisfaction à aider classiquement un névrosé, qu'à permettre avec d'autres d'aider un grand marginal à une stabilisation dans des conditions moins destructrices et plus vivantes.

Ce que nous apprenons de cette manière de faire du soin pourrait aussi permettre de *réinterroger notre accueil*, tant en milieu psychiatrique (de la consultation à l'hospitalisation) qu'en institutions à vocation sociale. Nous apprenons à admettre de pouvoir devenir « importants » pour des usagers jusque-là quasiment vus comme impossibles à aider. Ces personnes mettent à l'épreuve les liens que nous pouvons leur proposer. Par expérience, on les tient mieux à plusieurs, avec quelques principes clefs nous permettant de nous repérer entre nous et de permettre un repérage clair pour le sujet.

Le travail partenarial renvoie, selon nous, au complémentarisme des champs : on ne peut faire entrer les données sociales dans le champ de la psychiatrie ni inversement, comme en ethnopsychanalyse (complémentariste) Devereux a pu montrer qu'on ne peut faire entrer les données de la psychanalyse dans l'ethnologie ni l'inverse : chaque science pure devrait le rester. Devereux se fonde sur un double discours : un phénomène humain peut *et* être étudié selon l'angle psychanalytique *et* selon l'angle ethnologique, mais les deux discours issus de ces deux sciences ne peuvent pas être tenus simultanément : ceci ne tient pas au phénomène lui-même mais est issu de la méthode scientifique qui se propose de l'élucider. Ces deux modes explicatifs, sans prééminence l'un sur l'autre, non simultanés, sont complémentaires : on essaie d'aller au bout du raisonnement dans l'un des systèmes d'analyse, jusqu'à ce qu'il ne se révèle plus intéressant ou rentable ; alors on passe à l'autre corpus, de même, jusqu'au bout de son intérêt. Il existe ainsi une butée, une frontière, une limite. C'est cette limite qui devient l'objet d'étude en quelque sorte. L'exclusion est-elle d'origine psychiatrique ou sociale ? Devant un tel fait, nous sommes obligés de raisonner avec les deux champs sociologique et psychiatrique (ou psychanalytique, ou autres encore), obligés de considérer un double raisonnement pour l'aborder. Il en irait de même pour aborder son « traitement ».

Annexe 7

Eléments supplémentaires concernant le contexte social depuis les années 1950 et concernant les personnes les plus désocialisées, en errance manifeste, depuis l'ouvrage d'André Gueslin (2013) *D'ailleurs et de nulle part*.

Ce supplément se relie aux parties suivantes : **Introduction Générale,** V-1 Eléments de société ayant précédé et indirectement contribué à la création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. **Chapitre 1,** II-5-7 XXème siècle : « disparition » des errants vagabonds et intronisation du clochard, jusqu'aux années 1970

L'appel de l'Abbé Pierre[515] au 1er février de l'hiver 1954 amène une « insurrection de bonté » et des mesures (interdiction de l'expulsion des logements entre décembre et mars). Sont créés des immeubles sociaux de transit avant les ZUP : Zones à Urbaniser en Priorité. Celles-ci s'adresseront aux travailleurs et non aux personnes plus éloignées de l'emploi et plus engagées dans la pauvreté et la désocialisation. « La

[515] Voir Sadoux, 2012.

politique de logement des Trente Glorieuses ne semble pas correspondre aux besoins des sans-abris » (Gueslin, 2013, p. 298).

Les œuvres caritatives d'origine chrétienne (Catholiques comme Les Petits Frères des Pauvres, La Mie de Pain à Paris, L'Armée du Salut du côté protestant, …) et la compassion prennent alors beaucoup en charge. Sont créés après-guerre, dans les années 50, Le Secours Populaire et le Secours Catholique, Emmaüs en 1954 (Abbé Pierre) et ATD quart monde en 1956 (père Joseph Wresinski)[516].

Parallèlement, la répression du « délit de vagabondage » couramment appelé « délit de misère » continue. Le code Napoléon, rappelle Gueslin, définit une punition pour qui l'actualise. La punition prend là un autre visage. En 1955 est créée la BAPSA, c'est-à-dire la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri à Paris, rattachée à la Maison de Nanterre qui deviendra le CASH, Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers[517]. Concrètement les agents de la BAPSA (surnommés « les bleus de Nanterre »), sous l'égide de la préfecture de police de Paris, devaient ramasser (rafler?) les errants dans Paris pour les acheminer chaque soir à Nanterre, avec contrainte. Les usagers y trouvaient douche obligatoire, lit, repas du soir et du matin avant d'être relâchés et que tout recommence[518] …

Annexe 8 Eléments commentés sur la biographie d'Yves Le Roux : *Le cachalot. Mémoire d'un SDF*, co-écrit avec Danie Lederman, 1998, collection *J'ai lu*, Ramsay, Paris.

Yves Leroux est mort en décembre 1999[519], quelques mois après la sortie de son livre *Le cachalot*. Cet homme qui avait horreur du ramassage obligatoire *des bleus* dans Paris est mort à l'Hôpital départemental de Nanterre, ce lieu où précisément arrivent les ramassés obligés… Il avait 51 ans.

Yves Leroux témoigne de sa vie à la rue (« […] ma vie est une longue errance, sans but, sans projets. Je n'ai pas de journée type », Op. Cit. p. 130), après une existence qualifiable de « pseudo normale », une adaptation ordinaire en apparence : il a fait des études supérieures, a été professeur d'allemand puis traducteur en freelance. Ce n'est pas un « désocialisé de naissance », n'a pas été placé en institution de type Aide Sociale à l'Enfance. « Toute ma vie, j'ai été un rebelle, on me l'a souvent reproché. Je m'emporte, je suis impulsif, sans nuances. Cette rébellion traduit aussi mon incompréhension du monde. Tant de choses me paraissent si absurdes, tout petit déjà» (Op. Cit. p. 62).

[516] Voir Introduction Générale de cette thèse.

[517] Lieu qui sera celui de l'exercice du Docteur Patrick Henry, de Marie-Pierre Borde (infirmière) et en grande partie lieu de recherche de Patrick Declerck dans les années 1980. Le Docteur Jacques Hassin (dont on peut voir en ligne une conférence sur le thème « Vivre dans la rue », conférence réalisée le 30 juin 2007) y a également exercé suite à Patrick Henry.

[518] Le documentaire intitulé *La maison des sans-abri* de 1994, réalisé par Joël Calmettes, en donne quelques images (sages).

[519] *La Croix,* le 9 décembre 1999.

Pourtant, c'est une enfance sans ses parents (desquels il ne dit quasiment rien), abandonnée d'eux, dont il témoigne dans *Le cachalot.* Dès sa naissance, il aurait été confié à ses grands-parents paternels (bretons non francophones vivant en Bretagne), puis à l'âge scolaire à ses grands-parents maternels (grand-père non francophone, vivant en Eure et Loire). Il mentionne, comme en passant, le fait d'avoir un jumeau qui, lui, aurait été élevé par père et mère. «Ma vie a commencé sous le signe du rapt. J'ai été petit fils avant d'être un fils » (Op. Cit. p. 47).

Dans l'article de Libération signé de Brigitte Vital-Durand, il est mentionné qu'Yves Leroux apprenait par hasard la mort de ses parents à l'occasion d'une visite à sa sœur. «J'ai reconnu leurs meubles dans sa salle à manger. Un de mes frères avait fait croire au notaire que j'étais mort». La journaliste ajoute : « Depuis, il est brouillé avec sa famille, et par fierté, n'a rien réclamé de l'héritage». L'homme se serait affranchi au plus vite de la famille en se mariant encore mineur (moins de 21 ans). D'avoir été père à plusieurs reprises avec son épouse n'aurait pu permettre une stabilité. Divorcé après avoir abandonné son foyer, il retrouvait un ancien amour, vivait plus de 10 ans avec cette femme mais elle le quittait brusquement, sans avoir crié gare. A environ 40 ans, cet événement aurait totalement métamorphosé sa vie expose-t-il.

Nous notons qu'Yves Leroux ne semble rien vraiment remettre en question de lui-même: pourquoi ce virage ? Il explique qu'il s'agit du choix de l'autre dont il aurait été victime, sans plus de pensée réflexive. Il semble faire débuter le vrai alcoolisme à ce moment, non avant. Il ne semble pas questionner son activité précaire, son caractère, ne cherchant aucune explication supplémentaire, n'essayant aucune reprise, etc… Par ailleurs, il aurait aussi rompu avec ses enfants (sans plus d'explicatif) dès avant ce moment. En d'autres termes, il serait possible, au-delà de la parole de l'auteur, de considérer chez lui une fragilité ancienne, une auto centration, une personnalité narcissique (qui ne méconnaît pas son perpétuel « besoin de plaire » par exemple, de se voit exister dans le regard de l'autre).

Vis-à-vis de sa parentalité, il semble passif en commentant l'état des liens à la fin de l'écriture de son ouvrage. En évoquant la possibilité d'un second souffle, il pense retrouver sa fille qu'il n'a plus revue depuis son enfance quand il sera plus en forme, ayant « trop honte » pour le moment. L'un de ses fils est toxicomane, l'autre cuisinier: jamais revus depuis 15 ans… Il aimerait pouvoir demande de l'aide, sortir de la honte, avancer en faisant appel.

Perte de l'objet d'amour et lien avec celui-ci envisagé comme fusionnel, aveuglément, avec absence d'autre lecture. Un psychopathologue pourrait parler ici de rupture brutale d'étayage dans une relation d'objet anaclitique et d'effondrement, avec recours accru à l'objet alcool et « suicide différé »[520]. Yves Leroux explique avoir souvent perçu un isolement interne, un vide en lui et aurait souffert de sa solitude, de sa condition

[520] Voir notre commentaire dans *Suite des éléments phénoménologiques : l'errance comme « sur-place conservateur » ? Il y aurait moins de suicide chez les SDF*, partie II-9 du présent travail.

d'isolé à la rue, ceci faisant autant écho à sa position d'enfance qu'à sa situation d'homme délaissé. Son récit est sur-saturé de cette matière vide.

Le propos que tient Yves Leroux concernant les « amitiés » à la rue peut aussi s'entendre selon le registre narcissique. Il relate (comme nos patients) dans son parcours de zone une impossible durée des liens et une non-dynamique d'entraide : compagnonnages avec déceptions et souffrance à la disparition de certains (par la mort, par l'absence brutale, sans explicatif). Le manque de fiabilité et la versatilité des relations s'exprime sous sa plume : les zonards sont volontiers des loups pour les zonards…Il parle clairement de l'intéressement alcoolique de chacun dans les groupes de sdf se formant à l'occasion de la galère plus ou moins « partagée » (seulement covécue devrions-nous dire).

Yves Leroux est un homme qui dit s'être défendu contre la perte d'identité. Ce passage de son ouvrage nous a semblé intéressant à redire ici :

« Yves. Je m'appelle Yves. C'est mon prénom. J'y tiens. Je m'y accroche. Quand on me demande comment je m'appelle, je réponds toujours Yves. *J'y tiens d'autant plus qu'on l'a oublié*. Dans la zone, les uns m'appellent « Majorette », parce que j'ai l'habitude de boire des majorettes, ces grandes bouteilles en plastique de mauvais vin, et les autres : le roi des vignes. En souvenir de mon projet, non réalisé, d'aller faire les vendanges, l'année dernière. Dans la zone, on prend un pseudonyme. Le plus souvent c'est l'intéressé lui-même qui s'adjuge une nouvelle identité. […] Ces sobriquets se réfèrent généralement à une anecdote, une situation, un événement. Ils sont tellement ancrés dans l'esprit de tous que personne ne cherche à en connaître l'origine » (Op. Cit. p. 159).

Il observe aussi le silence total de certains à la rue, la folie d'autres, la mythomanie fréquente, presque constante pour lui : toujours ou presque, les hommes dehors auraient besoin de se faire connaître par des récits superlatifs. Citons-le : « les zonards sont mythomanes. Séparant mal le réel de l'imaginaire, ils vivent de souvenirs fictifs. La vie qu'ils racontent est la plupart du temps celle qu'ils s'inventent. A partir d'éléments réels, ils reconstruisent une sorte de version officielle qui, en principe, leur donne le beau rôle. Dans la rue, la vie n'a aucun sens, seuls leurs souvenirs, même imaginaires, en ont un » (Op. Cit. p. 38).

Il estime être devenu zonard, ne semble jamais s'être reconnu tout à fait en tant que clochard abouti, définitif.

Commentaire : *La personnalité de cet auteur, de cet homme, nous semble avoir été organisée selon les logiques de l'état-limite, avec une dépendance à l'objet et une souffrance abandonnique au premier plan. Il ne sembla pas avoir été en capacité de s'accrocher après le désorganisateur (pour reprendre la terminologie psychopathologique de Bergeret) représenté par le départ de sa compagne, le plongeant dans une désorganisation effectivement prenant la forme de cet abandon de soi, de ce « suicide différé » par l'exposition à la rue et l'alcool.*

Annexe 9

Eléments commentés sur la biographie de Jean-Marie Roughol, *Je tape la manche. Une vie dans la rue*, préfacé et postfacé par Jean-Louis Debré, Calmann-Lévy, 2015.

Jean-Marie Roughol publie sa biographie en 2015. Nous retenons de cet ouvrage, valant comme un témoignage intéressant de la trajectoire de cet homme, qu'il comporte la confirmation d'une vie ouverte sur la marginalité dès l'adolescence et à partir d'une vie d'enfance rudoyant, violente, remplie d'ambivalence parentale et d'abandon.

Abandonné par sa mère avec un *père incapable de faire face*, placé dans une famille abusive/malhonnête, il accède à une vie familiale avec son père et sa belle-mère jusqu'à la décompensation violente de son père sous alcool : *placements, fugues, jusqu'à ce que la fugue ultime ouvrant sur une période d'errance*. La vie adulte aurait pris le pli de cette inconstance : aide reçue puis déconvenue ; aide donnée puis arrêt/abandon, nouvelle rupture (dans les liens « amicaux », affectifs, de travail, …).

Seule constance de survie: la vie dehors, le rapport à la rue et à la limite de la misère, de l'abandon.

Le sujet se confronte à ses difficultés dans cet écrit et met en avant la vie de zone (il n'est pas clochard *mais organisé dans la rue*, tendu vers le but de gagner de l'argent par la mendicité), en faisant la manche et de se sentir exister dans le regard de certains, si possible de certains importants de ce monde (dont bien sûr l'ex-président du Conseil Constitutionnel, Jean-Louis Debré, n'est pas des moindres).

Même si l'existence dépeinte est à la limite de l'insertion, entre le *in* culturel et l'exclusion, il y a stratégie, recherche, réflexion qui l'accompagne et qui éloigne de l'idée selon laquelle Mr Roughol serait un errant authentique. Comme Mr Leroux dont nous avons parlé précédemment, nous verrions chez lui une dynamique de perpétuelle quête (évidente dans la mendicité…) mais aussi de reconnaissance, d'un « signe de l'autre », d'un clin d'œil de l'objet le renvoyant à sa condition de sujet existant. Un besoin d'objet, un appel à l'objet (anaclitique).

L'activité de manche est décrite avec ses péripéties, ses ratées, ses moments de liesse, son utilité dans l'espace public : par les nombreux services annexes que peuvent remplir informellement ces hommes permanents du lieu, personnages devenant « gardiens d'ambiance ». La mendicité semble être conçue « comme une autre », comme toute autre activité par l'auteur.

Il y a pourtant une paradoxalité dans cette recherche personnelle, que nous soulignons: il s'agit de se dépasser (si possible ne plus être SDF, avoir un logement même précaire, etc… et c'est ce que les gens pensent en donnant : aider un accidenté de la vie, un malchanceux) et *le fait rester dans la rue quand-même pour en sortir!* Ce serait comme incarner une caricature, avec d'un côté conscience partielle de sur jouer quelque chose et de l'autre l'aspect insaisissable *d'être happé*, au-delà du profit immédiat reçu par le don.

Mendier comme Jean-Marie Roughol, c'est montrer qu'on y est encore (dans la rue et dans la galère, la souffrance), voire qu'on y est définitivement. Ceci manifestant également une forme de fascination/addiction à la vie à la rue, comme nous le voyons dans le cas de Kurt exposé en partie II-5. Il y a sortie d'un état mais non sortie réelle de la rue, avec une activité semblant créatrice dans le cas de ce SDF devenu tourneur d'orgue, le semblant peut-être moins dans le cas d'un ex-SDF restant mendiant ?

Le vide, le sentiment de non-sens, peut être présent chez cet homme. « Parfois dans ma tête, je me demande pourquoi je suis né. Je ne fais rien d'intéressant, je n'existe pas. Il m'est arrivé de vouloir me suicider. Mais j'ai des enfants… Et puis je ne sais pas… Parfois, j'en ai marre de la rue, de cette vie trop dure, trop souvent. De la galère. Mais il arrive qu'on vous tende la main, qu'on ne vous prenne pas pour un chien, qu'on vous considère normalement » (Op. Cit. p. 104). Jean-Marie Roughol aurait-il besoin de se sentir sauvé par l'autre itérativement ? De se jouer au jeu de hasard du désir/de l'aide de l'autre ?

L'argument des enfants est mentionné ici comme chez Yves Leroux dans *Le cachalot*. Avec une conscience de n'être pas un parent idéal (abandonneur, au mieux un intermittent de la fonction paternelle), demeure l'idée (qui est surtout abstraction, construction virtuelle) de compter et d'avoir responsabilité d'enfant(s). Ce discours est difficilement en phase avec la réalité des liens.

Annexe 10

Alexandre Vexliard : l'apport psychologique de cet auteur (lecture critique)

Ce précurseur a eu le grand mérite de mettre en étude la (sur)vie (sociale et psychologique) des personnes à la rue. La méthode des cas cliniques suivie par Vexliard a permis d'aborder la diversité des conduites de clochardisation. C'est avec ces deux qualités que ce travail était innovant (Mucchielli, 1996-1997).

Sa thèse, encadrée par Daniel Lagache, ne fait guère appel à la référence psychanalytique, qu'il évoque très succinctement : 18 lignes très généralistes, page 90, sur les 317 pages de son ouvrage repris de sa thèse : *Le clochard (1957), et qu'il qualifie d'ailleurs d'étude de psychologie sociale*.

Manque selon nous fondamentalement à son approche, richement descriptive par ailleurs, la composante existentielle liée à l'inconscient. Les références morales[521] comme les terminologies utilisées, le recours aux tests d'intelligence par ailleurs, donnent aujourd'hui à cet écrit un aspect daté, désuet[522], même s'il s'agissait à son époque d'un écrit pionnier (Henri Ey le souligne dans son avant-propos).

[521] Il est souvent fait appel à « la paresse », sans plus d'analyse : en période de plein emploi (trente glorieuses), qui ne travaille pas est nécessairement un paresseux pour Vexliard?

[522] Patrick Declerck avait le même avis que le nôtre sur la contribution de Vexliard dans une discussion privée en 2002.

Ce qui est très clairement mis en avant, c'est que le monde de la clochardisation concerne essentiellement des pauvres, des très pauvres. Il cite un propos de Pierre Janet précisant très justement que sans argent, tous les troubles sont plus apparents et plus gênants puisque moins encadrés, donc plus aliénants.

Il repère clairement que l'errance (qu'il ne semble pas différencier à l'idée du vagabondage) n'est pas signe pathognomonique d'une affection : « il ne semble pas que l'errance soit le trait caractéristique d'une forme d'aliénation, ce dont témoigne la très grande variété des vues présentées » (Vexliard, 1957, p. 81).

Vexliard aurait-il conçu l'errance d'une façon assez proche de celle d'Olivier Douville, au sens *« trans-structurelle »* ?

Par ailleurs, l'objet d'étude de Vexliard n'est pas le nôtre, n'est pas l'errance mais le vagabondage. Sa démarche inclue toutes les formes de vagabondage et les distingue non pas selon une lecture psychopathologique mais selon des compétences (intellectuelles notamment), des éléments de socialisation, l'examen des activités (rémunératrices), etc.

Cet écrit permet de mesurer les différences de vies des « vagabonds » d'hier (les clochards des années 50 à Paris), relativement actifs (marché des Halles, métiers de ferrailleurs, chiffonniers, coups de mains, etc), en période de plein emploi et devant compter sur eux-mêmes pour leurs besoins ou sur les institutions caritatives, et ceux d'aujourd'hui, évoluant presque tous sous minima social dans un temps de chômage de masse, selon une solidarité institutionnelle (insuffisante) plus que selon la charité, sans moyen d'activité par la raréfaction de l'emploi et des taches de bas niveau de qualification.

En même temps, hors des cas de handicaps aboutissant à la rue jadis et bien moins souvent aujourd'hui, les tableaux décrits sont très proches : un clochard des années 50 ressemble en tous points à un clochard des années 2010. Les attitudes contretransférentielles, les contre-attitudes lui étant réservées restent aussi très comparables, voire inchangées (ambivalence, pitié/rejet).

Vexliard s'attarde sur la question de la *formation de la personnalité du clochard,* se composant par réaction, avec l'idée que la rue déforme et modifie selon une certaine logique valable pour tous. Il décrit le processus de désocialisation en quatre phases successives[523] : *agressive* (le sujet est activement en recherche de rester tel qu'il fût ; sa frustration l'amène à se défendre agressivement), *régressive* (par sa durée, la situation nouvelle étrange devient familière et correspond à une forme de repli par perte de confiance vis-à-vis de ce qui fût son ordinaire jadis et qui s'est avéré insécure[524], *phase de fixation* (correspondant au passage à l'action pour rompre d'avec

[523] Qui ont certainement contribué, pensons-nous, au montage du concept de l'auto-exclusion des grands exclus décrit par Jean Furtos.

[524] « Un monde nouveau envahit la personnalité. Il ébranle les normes morales, sociales, conceptuelles acquises au cours de l'éducation. La société, qui a été représentée comme un refuge bienveillant, assumant la sécurité en échange de quelques sacrifices, devient une marâtre hostile. Le retour au passé devient de plus en plus problématique. La situation qui hier encore, apparaissait comme accidentelle, invraisemblable, irréelle, devient l'unique et inévitable réalité. Mais cette réalité nouvelle est insupportable, tant par les privations matérielles, inaccoutumées qu'elle impose, que par les conflits spirituels qu'elle suppose » (Vexliard, 1957, p. 243). Il y a de l'auto-accusation dans cette phase.

la période passée[525]), et enfin, *dernière phase, de résignation* (résignation par rapport au monde ancien, valorisation du nouvel univers sinon revendication déclarée de cette nouvelle manière de vivre. *« Désormais le principal obstacle à son intégration sociale est en lui-même »* : liquidation des conflits et nouvelle dynamique d'adaptation, paradoxales. « L'auto approbation devient une condition vitale de cet équilibre, gage de survie » (Vexliard, 1957, p. 245). Le sujet fait la paix avec ses compagnons de rue, leur trouve de l'intérêt, une utilité pour lui…

Les clochards seraient issus de parcours de vie divers. Vexliard propose une typologie, tout en rappelant qu'ils ne forment pas un groupe (« clochards » étant pour lui une catégorisation sociale). Il parle donc de vagabondage d'origine sociale (les « mutilés sociaux ») ; de vagabondage relevant de problèmes individuels ; de vagabondages à cause d'une déficience psychologique.

[525] « Tous les éléments qui, dans le passé, avaient assuré la continuité de la vie matérielle, l'impression de maîtrise et parfois même de perfection, tout ce qui pouvait susciter de la part de l'entourage l'admiration, le respect, ou, au moins, l'approbation ; ce qui donnait un sentiment de quiétude, de sécurité, de confiance, tout cela est suspendu, évanoui ; mais non pas mort, croit-on» (idem).

Annexe 11

Lettre de demande d'autorisation de citer au Directeur du Centre Hospitalier du Rouvray

Olivier Jan, psychologue

UMAPP/76G05 Rouen, le 3 septembre 2016

A l'attention de Monsieur Autret, Directeur du Centre Hospitalier du Rouvray.

Monsieur le Directeur,

Je travaille depuis 4 ans sur une Thèse en Psychopathologie et Psychologie Clinique sur le thème de l'errance, sous la direction du Professeur Pascal le Malefan de l'Université de Rouen (anciennement psychologue dans l'établissement). Je devrais soutenir mon étude le 16 décembre prochain.

Le titre en est : *Ce qu'errer veut dire. Etude Psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept d'errance essentielle*.

Les réflexions que j'y mène sont liées à mon exercice professionnel depuis 1999 au sein de l'UMAPP, Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité.

Mon travail utilise un certain nombre de vignettes cliniques issues de ma pratique en ce lieu qui sont anonymisées, respectant par-là la vie privée des patients. Il mentionne l'UMAPP, ses acteurs, son histoire et les remercie. C'est à ce dernier propos que je vous écris.

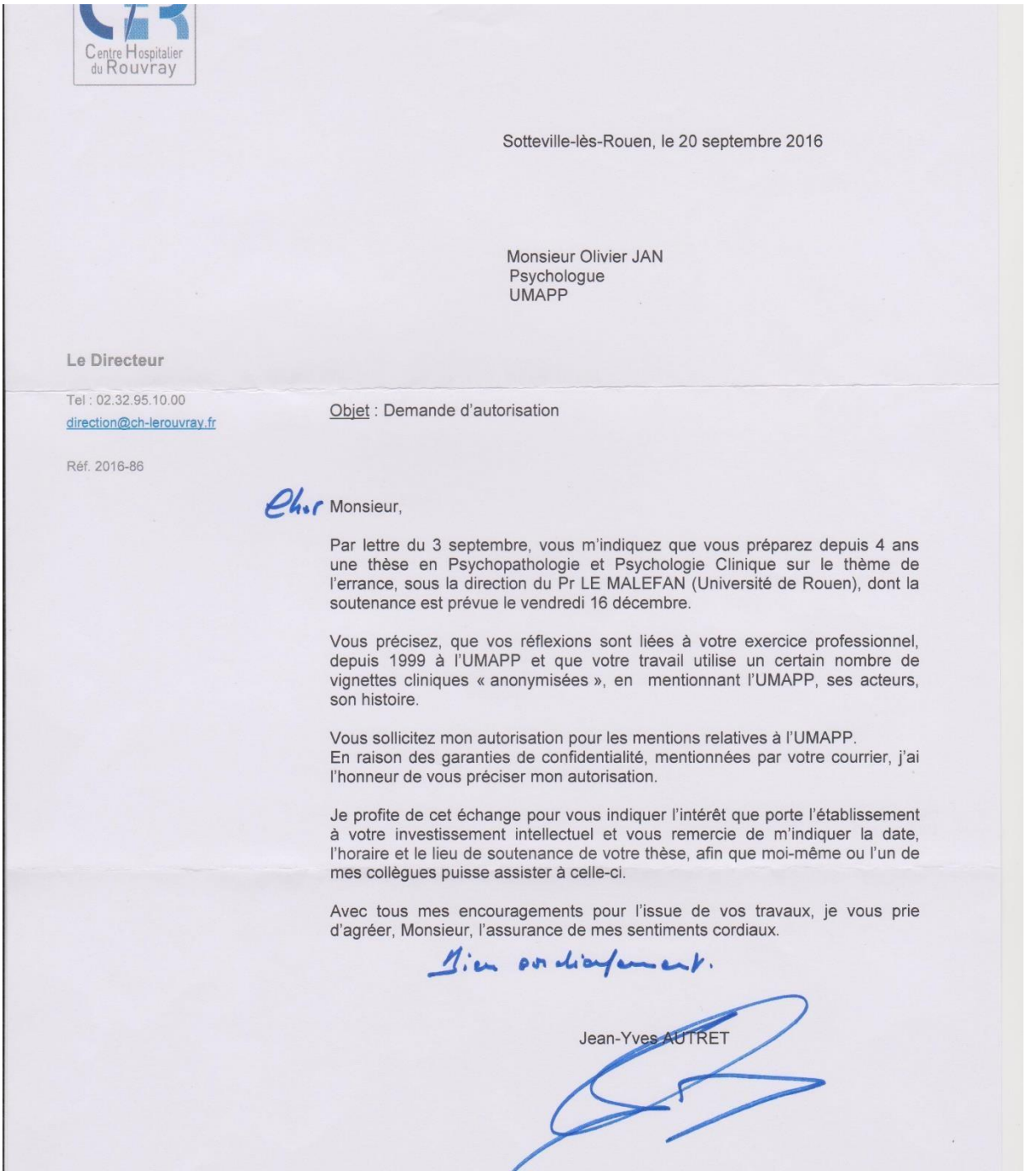
Dans le souci d'une complète transparence vis-à-vis de l'établissement, vis-à-vis des exigences éthiques de ma profession, vis-à-vis des exigences universitaires, je souhaiterais avoir votre accord pour ces mentions directes. Je puis vous assurer que les « révélations » y étant faites sur l'UMAPP et ses acteurs depuis sa création ne vont pas au-delà de ce qui a pu être publiquement déclaré depuis novembre 1999 (date de création de l'UMAPP), tant dans la presse que dans des communications scientifiques écrites (articles des professionnels de l'UMAPP ; rapports d'activité mis en ligne sur le site internet du RRAPP) et diverses journées d'études.

Je déclare sur l'honneur que mon travail défend les EMPP et leur action comme la psychiatrie plus globalement, ce qui ne peut étonner personne, restant aujourd'hui le plus ancien professionnel de cette équipe et l'un de ses fondateurs. Il valorise celui de l'UMAPP me semble-t-il et ne peut nuire objectivement à l'image de quiconque ni de l'établissement, bien au contraire.

En vous remerciant de votre confiance et de votre compréhension et en attendant votre retour, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sincères et respectueuses salutations.

Olivier Jan

Lettre de réponse d'autorisation de citer du Directeur du Centre Hospitalier du Rouvray



Centre Hospitalier du Rouvray

Sotteville-lès-Rouen, le 20 septembre 2016

Monsieur Olivier JAN
Psychologue
UMAPP

Le Directeur

Tel : 02.32.95.10.00
direction@ch-lerouvray.fr

Réf. 2016-86

Objet : Demande d'autorisation

Cher Monsieur,

Par lettre du 3 septembre, vous m'indiquez que vous préparez depuis 4 ans une thèse en Psychopathologie et Psychologie Clinique sur le thème de l'errance, sous la direction du Pr LE MALEFAN (Université de Rouen), dont la soutenance est prévue le vendredi 16 décembre.

Vous précisez, que vos réflexions sont liées à votre exercice professionnel, depuis 1999 à l'UMAPP et que votre travail utilise un certain nombre de vignettes cliniques « anonymisées », en mentionnant l'UMAPP, ses acteurs, son histoire.

Vous sollicitez mon autorisation pour les mentions relatives à l'UMAPP.
En raison des garanties de confidentialité, mentionnées par votre courrier, j'ai l'honneur de vous préciser mon autorisation.

Je profite de cet échange pour vous indiquer l'intérêt que porte l'établissement à votre investissement intellectuel et vous remercie de m'indiquer la date, l'horaire et le lieu de soutenance de votre thèse, afin que moi-même ou l'un de mes collègues puisse assister à celle-ci.

Avec tous mes encouragements pour l'issue de vos travaux, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments cordiaux.

Bien cordialement.

Jean-Yves AUTRET

TABLE DES PATIENTS CITES

Adrien, page 245.

Andrew, page 22.

Annabelle, page 211.

Archi, page 189.

Azzedine, page 241.

Balthazar, page 281.

Baptiste, page 180.

Barthélémy, page 137.

Benoît, page 191.

Bernard, page 23

Bonnie, page 276.

Brian, page 352.

Carmen, page 267.

Caroline K., page 383 (note de bas de page N°512).

Cassandre, page 130

Clémentine, page 203.

Daisy, page 269.

Daniel, page 381-382.

Diana, page 218.

Famille Sisley, page 215.

France, page 212.

Françoise, page 23.

Georges (cas fictif/pédagogique), page 64.

Gunther,page 221.

Giacomo, page 329 (note de bas de page N°446)

Gilles, page 238.

Jonas, page 201.

Kurt , pages 183 ; 249.

Lilas, page 216.

Manuel, page 213.

Maurice, pages 152 ; 211.

Martial, page 351 (note de bas de page N°478)

Mekki, page 381-382.

Mike, page 263.

Mohamed, page 176.

Noël, page 198.

Paul, page 213.

Pat, page 261 ; Annexe 4.

Slimane, page 151.

Sophie, page 249.

Stéphane, page 244.

Vadoue , page 270.

Vanil, page 223.

Yvan, page 204 ; 245.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé.

ADA : Aide aux demandeurs d'Asile.

AED : Aide Educative à Domicile.

AED-R : Aide Educative à Domicile – Renforcée.

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert.

ATD : Agir Tous pour la Dignité.

AVA : Aide à la Vie Active.

CDR : Centre De Rétention.

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CMP : Centre Médico-Psychologique.

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile.

DA : Demandeurs d'Asile.

DDASS : Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

HLM : Habitation à Loyer Modéré.

HO : Hospitalisation d'Office.

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.

OFPRA : Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides.

ONSMP : Observatoire National en Santé Mentale et Précarité.

ORSPERE : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion.

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse.

PUM : Protection Universelle Maladie (depuis janvier 2016).

RRAPP : Réseau Régional d'Actions Psychiatrie Précarité.

RMI : Revenu Minimum d'Insertion.

RSA : Revenu de Solidarité Active.

SDF : Sans Domicile Fixe.

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

UMAPP : Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité = EMPP de Rouen, appartenant au Centre Hospitalier du Rouvray.

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.

URAS : Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale.

INDEX DES NOTIONS

A

_ AAH (Allocation Adulte Handicapé) 99, 375, 441

_ Abandon 41, 46, 89, 95, 111, 116, 117, 119, 131-133, 135, 145, 152, 158, 161, 163-164, 177, 178, 185-188, 196, 203, 207, 211, 214, 219, 221, 226, 238, 240, 241, 246, 261, 263, 264, 268, 279, 280, 284, 288, 294, 309, 325, 329, 334-336, 338, 342-343, 348, 451, 358, 360, 365, 369, 377-378 , 382, 384, 412-413, 420-421, 431-434

_ Abandonnique 133, 163, 238, 261, 263, 268-269, 432

_ Abandonnisme 145, 240, 268, 280, 348

_ Absence de but 27, 67, 292

_ Abus sexuels 50

_ Accompagnement 3, 28, 61-62, 65, 69, 109, 135-136, 187, 199, 201, 212, 252, 270, 327, 341, 424, 426

_ Accueil de jour (lieux d') 57, 131, 132, 222

_ Accueil des indésirables 43, 357

_ Accueillir 24, 30, 39, 57, 58, 93, 119, 120-123, 175, 176, 187, 196, 219, 296, 325, 374, 376

_ Acculturation 31, 32, 46, 56, 169, 286

_ Actuel (l') 53, 133,180, 221

_ Adaptation 31, 41, 96, 98, 105, 132-133, 153, 174, 204, 205, 215, 226, 262-263, 286-287, 289, 296, 299, 325-326, 329-330, 346, 348, 354, 358, 374, 430, 436

_ Addiction(s) 12, 111, 182-184, 186-187, 231, 303-304, 336, 348, 434

_ ADF *(Avec* Domicile Fixe) 101, 155, 241

_ Adynamique (de personnalité) 3, 24, 69, 370-371, 375

_ Affiliation 162, 167, 294, 324, 340, 346, 360

_ Agonies primitives 307-308

_ Agonistique (plongée) 343, 345, 349

_ Agonistique (vécu) 3, 4, 42, 51, 68, 308-309, 315, 318, 335-336, 342-350, 357, 359, 361, 371, 380

_ « Aide non naturelle » : voir Effort non-naturel

_ Alcoolisation 155, 184, 329, 332

_ Alcoolisme 23, 33, 42, 63, 64, 108, 130, 145, 154, 159, 186, 189, 199, 226, 263, 264, 431

_ Alexithymie 253-254, 357

_ Aliéné 97, 141, 183, 271

_ « Aller vers » (méthode soignante de l'aller vers) 40, 53, 57, 59, 62, 64, 87, 136, 323, 325, 327-328, 358, 369-371, 382

_ Altérité 30, 44, 73, 74, 87, 92, 93, 95, 102, 106, 112, 113, 180, 342, 419, 420

_ Amalgame 43, 82

_ Ambivalence 3, 4, 28, 43, 75, 79, 82, 97, 105-106, 123-124, 147, 155, 190, 224, 262, 265, 433, 435

_ Ambivalence sociale 79, 106, 367

_ Amnésie 101

_ Anaclitique/anaclitisme 68, 129, 195, 259, 261-263, 275, 288, 333, 422, 348, 358, 375, 431, 433

_ Analité 330-332, 354-355

_ « Anesthésie » (de la souffrance dans l'errance) 178, 189, 193, 238, 298, 323, 338

_ Angoisse d'abandon 348, 358

_ Angoisse de mort 168-170, 249

_ Annonciation 63, 64, 66

_ Anomie/anomique 134, 337

_ Anthropologie 5, 67, 71, 79, 85, 87, 300, 305, 320-322

_ Anthropologie clinique 67,71, 320-322,

_ Anti-mendicité (arrêtés municipaux) 35, 102, 106, 108,

_ Anti-modèle 3, 33, 39, 43, 58, 108, 114, 138, 188, 220, 367

_ Antipsychotique 140, 421

_ Antisocial 79, 92, 259, 308

_ Anxiété 83, 111, 184, 215-216, 218, 222, 242-243, 310

_ Appartenance 30, 44, 50, 52, 63, 73-74, 76, 78, 80, 87, 107, 146, 162, 169, 189, 243, 282, 308, 309, 312, 359, 370, 420

_ Après-coup 41, 60, 132, 153, 159-161, 167, 172, 179-180, 211, 234, 248-249, 285, 316, 334, 342, 347, 361, 378

_ « Apprivoisement » 318, 370

_ «Asphaltisation » 127, 323

_ Assignation 309, 311

_ Astructuration mentale 195, 261

_ Attachement 186, 214, 269, 274, 288, 298, 310, 340, 347, 350-351, 377

_ Attitudes corporelles 318

_ Auto-calmant (procédés auto-calmants) 223, 235, 338, 356, 358

_ Auto-casse 135

_ Autoconservation 21, 40, 41, 74, 179, 201, 230, 239, 272, 311, 359, 361

_ Auto-exclusion 145, 146, 171, 176, 195, 268, 275, 314, 324, 325, 333, 360, 369, 424, 435

_ Automatisme ambulatoire 97, 236, 247, 271

_ Autonomie 49, 62, 96, 129, 133, 165, 187, 189, 226, 247-248, 253, 296, 342-343, 377, 441

_ Autre (l'autre) 3, 29, 30, 38, 41-42, 44, 53, 59, 61-62, 66, 74-77, 80, 81, 83, 84, 87, 90, 92, 99, 105, 109-113, 120, 127, 129, 132, 138, 142-143, 147-149, 152-156, 159, 164, 171-72, 177, 190, 213, 219, 223, 226, 235, 251-252, 260-262, 272, 277, 280-282, 302, 313-314, 317-318, 321, 323-327, 330-331, 337-338, 340, 342-344, 348-351, 353, 358, 361-362, 365-368, 370-372, 379, 382, 419, 426, 428-429, 431-434

_ Autre étranger 76, 83-84

_ Autruicide 111, 113, 118,

B

_ Banalisation (dans le travail social) 50, 119, 273, 367

_ Banlieue 31, 53, 193, 203, 250, 278, 366

_ Bas seuil (accueil de) 53, 57, 134, 165, 225, 374

_ Beat génération 99

_ Bénévoles 57, 119, 210-211, 219, 374

_ Besoin de cramponnement 310

_ Besoins du Moi 307, 311, 319, 344

_ Besoin(s) primaire(s) 149, 179-180, 209, 311, 350

_ Besoin de sécurité 196, 307, 310-312,

_ « Bizarrement présent » (enfant/objet) 341, 342

_ Bohémien 31, 93, 95, 96

_ « Bon à rien » 128

_ « Bonne Volonté Soignante » 142

_ Border Line 164, 219, 280

_ Bouc émissaire 116

_ Briseur de soucis 162, 183

C

_ Cabane 118, 161, 212

_ CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) 36, 172-174, 211, 214, 218, 25-226, 285, 441

_ Capacité à être seul 129, 133,187

_ Care 56, 62, 98, 101, 108, 145, 150, 158, 163, 175, 186, 210, 253, 255, 287-288, 298, 304, 312, 324, 328, 332, 341-342, 356, 376

_ Care giver 312

_ Carences (affectives) 98, 101, 145, 163, 210, 287, 304, 324

_ Casse (sociale, des liens,….) 22, 34, 39, 46, 59, 65, 69, 103, 113, 115, 118, 131, 135, 145, 224-225, 229, 264, 268-269, 274, 303, 332, 342, 357, 374-375, 380

_ CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) 109

_ Centre d'Hébergement d'Urgence 64, 102, 106, 117, 136, 151-152, 154, 161, 164, 172, 177, 181, 184, 190, 192, 198, 200-201, 204, 212, 221, 224-226, 241, 245, 269, 281-282, 301, 370, 374, 375, 413, 441

_ Chamanique (désordre) 78

_ Charité 79, 90, 93, 99, 119, 123, 435,

_ Chemineaux 30, 39, 67,

_ Chevalier errant 26, 28

_ Choc culturel 36, 286

_ « Choix » de l'errance 38, 98, 150, 167, 168, 176, 197, 211, 212, 233, 287, 314, 316, 358

_ Choix impossible 258

_ « Choix » du symptôme 148

_ Chômage 43, 49-50, 162, 294, 329, 435

_ Chronicité 147, 149, 190, 195, 223

_ Chronique 24, 39, 48, 50, 91, 109, 113, 127, 143, 155, 195, 210, 213, 216, 220, 222, 240-241, 247, 255, 258, 262, 304, 315, 341, 353, 358, 366-167, 374, 424

_ Clandestin 36, 176

_ Clinique de l'extrême 40

_ Cliniques de la grande précarité 3, 42, 67-68, 118, 126, 437

_ Clinique psycho-sociale 126, 146

_ Clivage du Moi 146, 304, 309, 314

_ Clochard 20, 23-24, 28-29, 33-34, 40, 51-52, 68, 72, 76, 89, 91, 98, 100, 102-105, 108, 112-118, 121, 127, 131, 143-145, 147-151, 153, 156-158, 165, 176, 182, 184, 185-186, 188, 191, 195-196, 204, 208, 212, 223, 230, 278, 293, 295, 299, 328-333, 335, 378, 412, 414, 418-419, 429, 432-436

_ Clochard(s) non psychotique(s) 68, 143, 145, 335

_ Clochards psychotiques 145, 147, 149

_ Clochard romantique 100

_ Clochardisation 33, 51, 131, 176, 332, 418, 434-435

_ Cloche 23, 98, 144, 270

_ CMP (Centre Médico-Psychologique) 24, 53, 55, 124, 276-277, 282-283, 441

_ Compassion 40, 91, 96, 102, 107, 114, 317, 430

_ Complémentaire 42-43, 61-62, 78, 87, 108, 425, 428-429

_ Compulsion d'errance 303-304

_ Condition humaine 19

_ Condition(s) de survie précoce 286-289

_ Condition(s) de vie à la rue 107, 117, 144, 152, 183, 186, 233

_ Conditions de vie en Centre d'Hébergement d'Urgence 117

_ Conservation apparente 232

_ Considérer l'autre avec les autres 138

_ Construction identitaire 139, 267

_ Contenant (fonction contenante) 71, 130, 139, 257, 320, 322, 340, 376

_ Contrat narcissique 76-77, 307-308, 316, 324, 336, 337, 344

_ Contrat social 308

_ Contre-attitude 24, 38, 44, 52, 59, 86, 88, 119, 123, 126, 163,167-168, 171, 205, 210, 214, 219, 220, 241, 422, 435

_ Contre-transfert 21, 39, 40, 44, 70, 71, 76, 77, 85, 86, 87, 88, 105, 120, 122, 166, 171, 221, 249, 328, 333, 360, 366, 419

_ Contre-transfert culturel 44, 70, 76, 86, 87, 88, 406, 419

_ Contre-transfert social 40, 76, 77, 86, 122, 333, 336

_ Conviction (délirante) 147, 152, 217, 270-271

_ Couple 22, 42, 156, 164-165, 185, 203, 213, 215, 219, 222, 250-251, 253, 265, 268, 283, 325, 352, 421

_ Créativité 201, 223, 377-378, 382, 420

_ Crise 34-35, 39, 47, 49, 52, 68, 90, 94-95, 110, 131,141, 155-156, 162, 164, 167, 169, 184, 188, 195, 197, 201, 203, 216-217, 233, 242-243, 250, 255-262, 265-266, 284, 309, 311, 327, 329, 333, 348-349, 351-353, 356, 359, 369-370, 379, 382, 428

_ Crise chronique, permanente 68, 258, 260

_ Culpabilité (sentiment de) 53, 109, 113, 129, 180, 182, 198, 200, 203, 211, 216, 252, 262, 271, 275, 285, 315, 356, 413

_ Culture (concept de) 71, 72, 294

_ Culture (intériorisation de la culture) 72

_ Cure 19, 56, 60, 62, 86, 101, 105, 108, 120, 150, 186, 193, 224, 273-274, 279, 310, 317, 318, 328, 340-341, 345, 355, 376, 379, 422

D

_ DALO (Droit Opposable au Logement) 48

_ DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales) 188, 213, 264, 441

_ Déboutés (du droit d’asile) 24, 36, 173, 174, 175, 176, 215, 226, 369

_ Déchet (social) 33, 97, 118, 238, 246, 260, 333

_ Déclassement 47,49, 214, 285

_ Décrochage 382

_ Déculturation 294

_ Dé-différencier/dé-différenciation 138, 337

_ Défense(s) externe(s) 186-187, 189, 258-259, 348, **359,** 362, 373

_ Défense(s) paradoxale(s) 146, 314

_ Défense par le vide 275

_ Dégoût 102, 262, 338

_ Déliaison 305, 320

_ Délire 147, 149-151, 155, 157, 161, 190, 243, 252, 269, 375

_ Délire (écouter le délire) 157

_ Délit de vagabondage 98, 102, 430

_ Demandeurs d'asile 24, 36, 68, 119, 120, 171, 172, 173, 175, 176, 179, 211, 218, 219, 282, 285,

_ Démence 23, 58, 153, 203, 208, 245-246

_ Démentalisation 253-254

_ Dépendance 29, 51, 85, 132-133, 162, 183, 187, 195,213, 217, 222, 230, 253, 261, 268, 280, 288, 307, 323, 336-337, 342, 348, 358, 369, 373, 432

_ Dépersonnalisation 161, 172, 241-244, 268, 275, 282

_ Dépression 3, 68, 164, 202, 206, 219, 241, 253, 261-262, 288, 348, 353-354, 358-361, 421

_ Dépression anaclitique 288

_ Dépression essentielle 3, 68, 253, 353-359, 361

_ Déraisonnable 140-141, 215

_ Déréalisation 83, 161, 241-244, 268, 282, 286

_ Désaffiliation 46, 50, 294, 324

_ Désaide 287-288, 308, 312, 336, 344

_ Désespérance 110, 111, 171, 283, 302, 351

_ Désespoir 111, 146, 163-165, 174, 212, 215, 219, 238, 308, 310, 316, 318, 325, 344

_ Désespoir absolu (René Roussillon) 146, 174, 219, 316

_ Déshabitation de soi 146, 325, 360

_ Désidentification 294

_ Désinscription sociale 294

_ Désinscrit 176

_ Désinsertion sociale 47, 64, 101, 294, 361

_ Désinvestissement (de soi) 119, 233, 263

_ Désirable (individu socialement) 121

_ Désocialisation 33, 51, 64, 89, 92, 126, 183, 188, 196, 208, 266, 292, 294, 296, 316, 328, 357, 361, 362, 430, 435

_ Désocialisation extrême 3, 33, 328

_ Désordre ethnique 78

_ Désordre Idiosyncrasique 78

_ Désorientation temporo-spatiale 245, 247

_ Désorganisateur (précoce, Etat Limite) 42, 261-263, 288, 315, 317, 348, 432

_ Désubjectivation 42, 146

_ Détressse 48, 90, 112, 202, 220, 228, 257, 288, 307-308, 310, 312-313, 315, 318, 336, 344, 346

_ Détresse (état de détresse) 288, 307, 312, 318, 344

_ Différenciation (du Moi) 129, 138, 230, 331

_ Dignité 48, 96, 175, 283, 316, 367, 441

_ Disqualification sociale 49

_ Divaguer/divagation 24, 26, 93, 100, 304

_ Dromomanie 97, 236, 247, 271

_ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 133, 260

_ Dynamique d'attente 36

_ Dynamique(s) de survie 68, 179, 231, 280, 286, 288, 317, 344, 345, 347, 361

_ Dystone (culturellement/socialement) 78, 176, 235, 279, 342

E

_ Effets de soins 142, 379

_ « Effort non naturel »/« Aide non naturelle » 3, 10, 39, 87, 107, 108, 123-124, 220, 366-367, 375

_ Effort soignant 121, 235

_ Effondrement 166-167, 171, 188, 201-202, 256-257, 261, 272, 286, 304, 307, 328, 336, 338, 343, 345, 352, 420, 421, 431

_ Effroi 36, 172, 176, 181, 315-316, 326, 362

_ Elaboratif/ve 41, 133, 235, 247, 254, 319, 326-327

_ Elaboration (psychique) 39, 41, 44, 59, 87, 124, 138, 195-196, 201, 203, 241, 253-255, 258, 263, 302, 317, 319, 321, 388

_ EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) 3, 19, 39, 42, 43, 45, 56, 66-68, 109, 117, 119-120, 123, 138, 142-143, 172, 225, 287, 291, 301, 325, 346, 371, 273, 382, 397, 420, 424-425, 437, 441

_ Enfant errant 41, 360

_ Enfant(s) soldat(s) 31

_ Ennui 42, 52, 129, 150, 167, 187, 192, 202, 206, 223, 236-241

_ Ennui (en tant qu'alerte d'angoisse manquante chez les errants) 237

_ Entrepreneur de morale 97, 99

_ Entropie 145, 150, 188-189, 195, 226, 230, 232, 360, 373, 376, 428

_ Envie parentale 342

_ Epuisé/épuisement 91-92, 117, 150, 172, 180, 182, 213, 270, 279, 327

_ **Errance authentique** 3, 29, 67-68, 88, 125-126, 290-292, 299, 340, 347, 369

_ Errance compulsive 303-304

_ Errance (période d') 433

_ Errance vraie 37, 41, 67, 88, 123, 176, 241, 266, 292, 347, 365

_ (L') Errant 26, 28, 30, 37-39, 41, 91-92, 94, 96, 103, 105, 143, 221, 223, 230, 232-234, 248-249, 255-256, 263, 266-267, 272-273, 301-306, 325, 332, 338, 347, 350, 357, 361, 362, 367, 369, 372, 374-376, 382

_ **Errant essentiel** 347,350-351, 357-358, 360-362, 369, 372, 374-376, 382

_ Errer 19, 22, 23, 26, 37, 70, 91, 97, 99, 108, 124, 177, 190, 223, 233, 236, 266, 300, 304, 361, 419, 437

_ Errance(s) active(s) 36, 126, 297

_ Errance(s) comportementale(s) 67, 126

_ Errance contrainte 68, 90

_ **Errance essentielle** 42, 68, 195, 286, 291, 292, 299, 303, 304, 347, 348, 349, 351, 352, 353, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 365, 371, 380, 382, 383, 384, 437

_ **Errance essentielle (risque d')** 382

_ Errance fabriquée 36

_ Errance identitaire 307

_ Errance interne 68, 126, 209, 234, 292, 340, 353

_ Errance de liens 324

_ Errance de lieu 326

_ Errance manifeste 40, 43, 67, 71, 99, 292, 324, 365, 429

_ Errance (en tant que Pathologie de l'agir) 251, 356

_ Errance pathologique 303-304, 326

_ Errance psychique 24, 32, 40, 41, 43, 66, 67, 71, 126, 291, 292, 300, 301, 302, 330, 333, 336, 337, 338, 340, 343, 347, 365,

_ Erreur 19, 26, 27, 38, 40, 42, 45, 67, 83, 179, 196, 200, 231, 244, 273, 308, 315, 335

_ Espace public 30, 33, 67, 127, 201, 295, 296, 433

_ Espace urbain 35, 105, 108, 333-334

_ Espérance 36, 48, 110, 111, 150, 169, 171, 232, 283, 302, 351

_ Espérance de vie 48, 111, 150, 232

_ Etat(s) Limite(s) 68, 164, 195, 256, 260, 263, 275, 280, 348

_ « Etat Limite dépassé » 280

_ Etre inachevé (l') 343

_ Ethnique 38, 43-45, 50, 64, 73, 77-80, 87, 146, 189, 322-323

_ Ethnopsychiatrie 54, 72, 76-77, 86, 189, 280, 321-322

_ Etranger 36-38, 44, 73, 76, 80, 83-84, 87, 93, 109, 122, 131, 173, 179, 184, 202, 211, 215, 218, 248, 274, 281, 287, 301, 345-346, 371, 419

_ Exclu parfait 33

_ Exclusion 5, 33, 45, 46, 48, 50, 51, 56, 63, 67, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 123, 125, 145, 183, 292, 294, 307, 309, 310, 330, 333, 365, 367, 372, 429

_ Exhibition 34, 105, 127, 369

_ Exil 29, 89, 93, 113-114, 131, 171-172, 312, 321, 323

_ Exilé de l'intérieur 114

_ Expertise (psychologique, contexte judiciaire) 341

F

_ Fatigue 117, 188,190, 243, 282

_ Fausse errance 25

_ Faux-self 41, 130, 134, 217, 275, 286, 288-289, 326, 331, 346, 348, 361

_ Faux-self fonctionnel 41, 286, 346, 361

_ Fonction contenante 257, 340

_ Fonctions supérieures 83, 183, 246

_ Fonction de symbolisation/symbolisante du groupe 133, 277

_ Forclusion 330-331

_ Forclusion de la castration anale 330-331

_ Formation réactionnelle 109, 123, 427

_ Fous 33, 76, 95, 109-110, 114, 134, 145, 165, 170, 270, 277, 419

_ « Fous de l'exclusion » 33, 145

_ Foyer d'Hébergement d'Urgence 131-132, 137, 154, 263, 295

_ Fraternité 6, 111-113, 118, 370, 379, 408

_ Fugue/fugueur 21, 41, 158, 184, 192, 193, 194, 204, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 265, 271, 291, 325, 227, 352, 380, 388, 433

_ Fuite 21, 30, 37, 90, 134, 145, 149, 171, 175, 188, 222, 241, 246, 265-268, 271, 284-285, 297-299, 305, 314, 316, 327, 336, 345-346, 358, 376

_ Fuite de l'intimité 134

G

_ Gens du voyage 31, 161, 271

_ Génocide 30, 179, 281, 286

_ Gitan 31, 93, 204, 271

_ Grand exclu 332, 344

_ Grand froid 23, 39, 116, 367

_ Grande exclusion 52, 54, 114, 126, 135, 138, 333, 381

_ Grande pauvreté 46-48, 178, 293, 365

_ Grande précarité 42, 46, 51, 61, 126, 130, 135, 137, 138, 142, 175, 187, 188, 219, 333, 366, 410

_ Groupe d'appartenance 30, 44, 78, 80, 87, 107, 146, 169, 359

_ Groupe de fuite 30

_ Guerre 50-51, 79, 89, 95, 98, 100, 115, 118, 144, 172, 179, 239, 250, 281, 286, 346, 430

H

_ Habitat 31, 99, 131, 146, 157, 162, 181, 200, 208, 246, 325, 360, 441

_ Haine 22, 93, 114, 116, 128, 164, 187, 190, 328, 342

_ Haine de soi 22

_ Hébergement d'Urgence 36, 53-54, 57, 64, 101-102, 106-107, 117-118, 120, 131-134, 136-137, 149, 151-152, 154, 161-166, 172, 174-177, 181, 184-186, 188-190, 192, 198, 200-202, 204, 209, 212-213, 216, 221, 224-227, 240-241, 245-246, 263, 269, 281-282, 295, 370, 374-377, 424, 441

_ H.D.T. (Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers) 141, 142

_ H.D.T. « abusif » 142

_ H.D.T.U. (Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers Urgent) 141

_ Hippies 34, 35, 100

_ Hobo 35, 67, 91, 98

_ Honte (sentiment de) 34, 53, 96, 101, 108, 110-111, 113, 129, 147, 157, 161, 180, 199, 221, 216, 264, 275, 276, 279-280, 285, 315-316, 326, 369, 431

_ Hors norme 17, 37, 102, 186, 379, 382

_ Hors pensée 160, 179, 285, 376

_ Hôpital 5-6, 22-23, 43, 52-53, 55-56, 60, 72, 87, 89, 95, 110, 120, 122, 147, 149, 152, 160, 172, 182, 191, 244, 271, 357, 360, 374, 376, 425, 426, 428, 430

_ Hospitalisme 133, 288

_ Housing First 48, 187, 376

_ Humanitaire 37, 46, 210, 366, 374

_ Humour 28, 59, 65, 136, 155, 226, 379

_ Hyper modernité 31, 122

I

_ Idées préconçues 31, 34, 71, 368

_ Identitaire 32, 110, 139, 180, 258, 267, 286, 287, 307, 308, 309, 310, 311, 322, 369

_ Identité 29, 32, 41, 44-45, 47, 57, 59, 61, 64, 72, 76, 80-81, 83, 87, 92-93, 101, 120, 123, 129, 130, 136, 145, 148, 161, 164, 180, 183, 188, 204, 214, 217, 240, 243, 256, 257, 259, 267, 274, 277, 280-281, 286-288, 294-295, 300-301, 307-312, 317, 320, 323, 325-326, 333, 341, 344, 346, 432

_ Identité culturelle 93

_ Identité ethnique 64, 323

_ Identité de groupe/groupale 64, 76, 83

_ Identité sociale 47, 81, 123, 161, 214, 295

_ Idiosyncrasique 128, 157, 305, 322, 359

_ Imaginaire (du) pauvre 101

_ Imaginaire social 35, 94

_ Immigré 71, 83

_ Immobilité (psychique) 36, 230

_ Incasables 58, 195, 299, 383

_ Inceste 50, 75-76, 274, 332

_ « In culturel » 109, 433

_ Inclus (inclusion groupale/sociale) 50, 63, 83, 112, 114, 167, 169, 294, 298, 299, 308

_ Inconduite(s) 156, 279, 329

_ Inconscient culturel 78, 80

_ Inconscient ethnique 38, 43, 44, 77, 78, 80, 322

_ Inconscient idiosyncrasique 44, 77, 128

_ Incurie/incurique 33, 61, 147, 226, 246

_ « Indésirabilité » 105, 123

_ Indésirable 23, 31, 33, 43, 58, 59, 72, 93, 108, 120, 121, 122, 123, 174, 195, 209, 237, 245, 269, 357, 360

_ Individu sans secours 288, 312

_ Inhibition 110-111, 146, 159, 201, 273, 288

_ Inquiétante étrangeté 83, 241, 244-245

_ Insécure 101, 310, 345, 436

_ Insécurité 106, 118, 152, 310

_ Insensé 63, 110, 141, 148, 150, 316,

_ Insertion sociale 33, 101, 133, 166, 196, 218, 266, 282, 375

_ Institution 54, 57, 124, 166, 187, 189, 196, 200, 227, 283, 321, 324, 352, 375-379, 424, 430

_ Institution primaire 75

_ Intra-culturel 38, 76, 87, 419

_ Intrapsychique 136, 225&,

_ Intime (l'Intime) 33, 41, 57, 128-138, 155, 157, 183-184, 209, 239, 242, 269, 271, 295, 301, 303, 306, 323, 370, 376

_ Involution 230, 377

_ Ivresse 81, 115, 259,

J

_ Jeunes en errance 21, 22, 40, 52, 60, 65, 118, 136, 166, 167, 171, 183, 233, 249, 290, 297, 299, 339

_ Jouissance 50, 109, 158, 183, 272-273, 275, 306

_ Juif errant 26, 29

K

Korsakov (syndrome de) 148

L

_ Lien (pathologie du) 197

_ Liens 50, 57, 68, 74, 107, 110, 112, 125, 130, 131-132, 135, 138, 140, 145, 154, 158, 162-163, 178-179, 181-183, 188-189, 191, 193, 198, 208, 209, 248, 251, 265, 267-268, 271, 274, 277, 280, 286, 288, 294, 317, 320, 324, 326, 331, 333-334,337, 340, 344-345, 347, 350-352, 354, 356-358, 362, 376, 415, 429, 431-434

_ Lien à l'animal 351

_ Liens amicaux 132, 158

_ L'intime 11, 57, 128-132, 134, 135, 137, 138, 183, 184, 418

_ Logique d'abandon (social) 117

_ Logiques sociales 39, 108

_ Logiques de survie 30, 49, 180, 307, 315

_ « Loi du plus faible » 307, 313-314, 318-319

M

_ Maltraitance (s) 50, 131, 217, 288, 297-298, 341-342, 383

_ Manche (faire la) 31, 34, 36, 149, 156, 184, 185, 202, 204, 237, 239, 369, 418, 433

_ Manouche 31

_ « Manteau cloacal » 337-338

_ Maraudes 119, 135, 374

_ Marge(s) 32, 88, 109, 123, 143, 144, 185, 299, 317

_ Marginal(e) 3, 4, 21, 37, 40, 46, 47, 57, 63, 76, 106, 113, 114, 115, 127, 143-144, 150-151, 162, 164-165, 177, 184, 185, 220, 275, 296-298, 362, 419, 428, 433

_ Marginalisation 3, 47, 115, 362

_ Masochisme 22, 131, 145, 268, 272, 273, 280, 324, 331

_ Mauvais objet 102, 240, 337

_ Mécanisme(s) de défense 68, 79, 109, 262, 273, 280, 349

_ Mélancolie 22, 187, 212, 236, 321

_ Mélancoliforme 28, 160, 219

_ Mélancolisation 52, 74, 320-321, 427

_ Mendiant 30, 35, 90, 91-95, 97, 113, 144, 207, 414, 434

_ Mentalisation 251-255, 268, 347, 354, 356, 358, 422

_ Mésinscrit/mésinscription sociale 163, 174, 176

_ Méta-cadre 40

_ Métamorphose (traumatique) de l'identité 280

_ Migrants 6, 24, 30, 36, 50, 92, 95, 163, 173, 175, 176, 180, 238, 285, 286, 361, 369

_ Minorités 32, 76

_ Mode de vie 31, 35, 46, 99, 131, 143, 147, 297, 369

_ Modernité 30-31, 114, 122, 210, 305-306, 343, 391

_ (Hyper) Modernité 31, 122

_ Moi-Idéal 353-356, 358

_ Moi sensori-moteur 356

_ Moine 47, 90, 93,

_ Moïque 41, 221, 267, 332

_ Motricité 253, 354-356

_ Mouvement comme défense 235, 356

_ Mouvement obligé 30

_ Mouvement sans but 27, 305

N

_ Narcissisme 73, 170, 250, 253, 259, 261, 309, 310, 342, 348, 354, 355, 356, 367

_ Narcissisme (trouble du) 259, 342

_ Narcissisme primaire 353-354

_ Négatif (le) 76-77, 79, 105, 108, 114, 121, 138, 175, 189, 251, 273, 355

_ Négatif social 43, 59, 67, 75, 105, 123

_ Négativisme 147

_ Névrose 25, 68, 86, 139, 172, 187, 198, 253-254, 260-261, 266-267, 273, 291, 310, 349, 353

_ Névrosé 62, 132-133, 140, 197, 201, 215, 234, 242, 247, 250, 266-267, 369, 428

_ Névrose actuelle 172, 254

_ Nomade(s)/nomadisme 26, 29, 31, 32, 67, 98, 297, 301

_ Neuroleptiques 140, 284

_ Neurologie 22, 89, 244, 346

_ « Non » (le non, oppositionnel) 139

_ Non-dit 223, 278, 383

_ Non-demande 54, 57, 118, 142, 147, 162, 196-197, 299, 358, 375, 425

_ Non-demande précoce 358

_ Non-lieu 117, 171, 306, 313, 324-325, 365

_ « Non naturel » (effort soignant non naturel) 3, 39, 76, 87, 107-109, 119, 123-124, 220, 291, 366-367, 375, 379, 382

_ « Notre culture » 28, 33, 39, 100, 143, 170, 359

_ Culture 19, 28-33, 36, 38-39, 40, 42, 44-45, 49, 51, 56, 63-64, 67- 88, 91, 93, 96, 100-101, 103, 107-109, 113-115, 117, 121-123, 126-127, 129, 143, 146, 165, 169-170, 179, 181-182, 187, 189, 199, 206, 214, 218, 220, 224, 226, 243, 250-251, 255, 269, 285-286, 288, 291, 293-294, 297-298, 303, 305-306, 321-323, 348, 351, 358-359, 365-366, 367, 381, 412, 419-420, 433

O

_ Objet primaire 300, 303, 335, 338

_ « Obscénalité » 392

_ Obscène (clinique de l') 338

_ Océanique (éprouvé océanique) 306, 338

_ Oisif/oisiveté 33, 42, 93, 105, 107, 114, 192

_ Oniroïde 243-244

_ Opératoire (fonctionnement) 253, 329-330

_ Ordre social 98, 108, 114, 148

_ Organisation limite de la personnalité 261, 420

P

_ Pacte Dénégatif 76-77, 383

_ Pauvre (nouveau pauvre) 112, 293

_ Pauvreté (grande) 46-48, 178, 293, 365

_ Paria 113, 217, 323

_ « Périphérisation topique » 52, 323, 334-335

_ Parentalité 22, 68, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 219, 298, 340, 341, 431

_ Parole authentique (de bonne foi, vraie) 65, 324, 359

_ Passage à l'acte 129, 151, 154, 160, 194, 235, 247, 252, 253, 255, 256, 259, 262, 275, 343, 348, 358

_ Passage à l'acte altruiste 219

_ Passages à l'acte délinquant 32

_ Pathologie du lien 197

_ Pauvreté 46-49, 79, 82, 92, 98, 99, 106, 108, 110, 112-114, 116, 127, 178, 180, 218, 234, 292-296, 303, 329, 365, 430

_ Pays des Droits de l'Homme 56

_ Pèlerinages 79, 90, 203

_ Pèlerins 92

_ Pensées préconçues 33

_ Pensée réflexive 3, 68, 124, 132-133, 222, 233, 255, 266, 268, 275, 371, 431

_ « Périphérisation topique » 333-335

_ Personnalité antérieure 346

_ Personnalité « as if » 130, 134

_ Personnalité de Base 71, 74-75, 77, 80, 419

_ Personnalité ethnique 78

_ Personnalité modale 80

_ Personnalité professionnelle 370

_ Personnalité statutaire 74, 80

_ Perte de sens 32

_ Pervers 50-51, 58, 121-122, 129, 137, 158-159, 164, 175, 182, 198, 273, 276, 279, 310, 421-422, 427

_ Perversion 50, 129, 158, 175, 182, 198, 273, 310, 422, 427

_ Phénoménologie 81, 115, 257, 259

_ Pitié 33, 40, 94, 96-97, 113, 128, 214, 418, 435

_ Placement (Aide Sociale à l'Enfance) 162-163, 263-264, 267, 279, 299, 341, 380, 382-383, 433

_ Placement psychiatrique (sous contrainte) 141, 143, 204, 428

_ Place sociale 52, 147-148, 341

_ Place symbolique 101, 333

_ P.O. (Placement d'Office) 141

_ Post traumatique 21, 36, 180

_ Poubelle 118, 149, 160, 189, 204, 374, 376

_ Précaire 35, 39, 47-49, 55-56, 90, 96, 102, 118-119, 127, 163, 172, 177, 185, 188, 223, 245, 250, 261, 277, 283, 307, 337, 365-366, 431, 433

_ Précaire (grand) 188

_ Précarisation 49, 171, 174, 418, 427

_ Précarité 3, 19, 21, 36, 39, 42-43, 45-48, 50-52, 56, 60-61, 67-68, 115, 118, 126, 128, 130, 135, 137-138, 141-142, 146, 162, 168, 172-176, 178 , 187-188, 197, 210, 213-214, 218-219, 223, 234, 244, 250, 261, 273, 288, 292, 297, 299, 307, 312-313, 321, 333, 357, 365-366, 370, 372, 376, 379, 420, 424, 427, 429, 437, 441

_ « Précarologie » 55, 427

_ Préjugés (sociaux) 28, 34, 38, 44, 59, 71, 74, 75, 81, 82-83, 85, 88, 103, 121, 122, 201, 220, 291, 322

_ Présupposés sociaux 33

_ Prison 76, 94, 99, 163, 193-194, 206, 267, 277-278, 297, 332, 381, 419, 423

_ Processus « auto-calmants» 235, 356

_ Proto-opératoire 329

_ Psychiatrie péremptoire 66, 425-428

_ Psychanalyse 19, 24, 43, 44, 50, 59, 77, 80, 86, 96, 122, 128, 129, 137, 140, 198, 200, 209, 253, 255, 260, 266, 300, 310, 320-322, 353-354, 419, 424

_ Psychoactifs (produits/substances psychoactives) 34, 117, 163, 193, 196, 234, 235, 257, 277, 320, 323, 350, 352

_ Psychologie clinique 38, 40, 67, 71, 74, 251, 260, 321, 338, 436

_ Psychologie sociale 23, 71, 81, 83, 89, 98, 434

_ Psychologue 5, 19, 43, 45, 51, 55-56, 59-61, 63, 84-85,123, 137-138, 142, 151, 184, 190, 195-196, 213, 225, 244, 250, 282, 284, 292, 300, 367, 379, 383-384, 424-425, 427-428, 436

_ Psychopathe/psychopathie 193, 252, 381

_ Psychopathologie 37, 41, 51, 53, 125, 141, 162, 163, 183, 236, 246, 252, 256, 258, 266, 300, 303, 307, 327, 436

_ Psychothérapie 24, 152, 155, 157-158, 160-161, 172-173, 199, 201-203, 235, 239, 286, 355, 358, 379, 382-384

_ Psychose 130, 140, 145, 148-149, 152, 155, 198, 213, 250, 260, 273, 287, 341, 427

_ Psychose blanche (sans délire apparent) 130, 341

_ Psychose Hallucinatoire Chronique 213

_ Psychosomatique 107, 125, 248, 253, 255, 263, 329, 353-354, 359, 375

_ « Psychotique(s) à la rue » 3, 40, 68, 134, 143, 148-150, 190, 215, 369

_ PTSD (Post Traumatic Stress Desorder) 133, 239

_ Pulsion d’autodestruction 22, 362

_ Pulsion de mort 24, 59, 215, 272, 315, 320, 356, 360, 361, 362, 372

_ Pulsion de vie 22, 123, 186, 195-196, 215, 219, 226, 230, 325, 342, 356, 358, 361

_ Pulsion de voyage 247

_ Pulsion phorique 277

_ Punk 35, 167, 237

_ Punks à chiens 35, 102, 164, 352

Q, R

_ Racisme 38, 74, 83-85

_ Raisonnable 140, 142

_ Réalité psychique 118, 136, 138, 157

_ Reconnaissance 23, 62, 101, 109-110, 120, 127, 143, 217, 241, 254, 264, 308, 312-313, 315, 333, 375

_ *Recours* à l'acte 194, 247, 251-252, 255, 356, 358-359

_ « Réflexe » de survie 182, 211, 280

_ Réflexes de survie sociale 32

_ Réfugié(s) 51, 173, 282, 283, 285, 441

_ Refus de la ressemblance 102

_ Refus de(s) soin(s) 60, 109, 138-139, 141-143, 155, 213, 299, 360, 425

_ « Refuseur » (de soins) 139, 141, 209

_ « Regard des autres » 34, 111, 131, 156, 209, 357, 360

_ Ré-individuation 117

_ Réinsertion 46, 118, 133, 166, 196, 218, 282, 375, 377, 441

_ Répétition 24, 86, 115, 123, 135, 138, 208, 214, 216, 222, 223, 232, 234, 236, 272, 274, 275, 280, 286, 304, 305, 309, 316, 317, 319, 322, 329, 335, 336, 350, 374, 375

_ Résilience 286, 317, 326

_ Retour du clivé 334-336

_ Riverains 106, 107

_ Rôle social 130, 169, 217

_ Roms 31, 102, 214

_ Routards 34, 35, 40, 165, 222

_ RSA 35, 36, 38, 40, 48, 49, 55, 59, 89, 98, 116, 131, 137, 148, 155, 156, 162, 177, 193, 204, 208, 226, 238, 278, 331, 332, 367, 370, 374, 432

S

_ Sacrifice (social) 43, 72-73, 116, 318, 361,436

_ Sacrificielles (logiques sociales/victime) 102, 114, 116

_ Sans abri 39, 48, 82, 91, 106, 117, 118, 291, 133, 145, 333, 430

_ « Sans-abrisme » 291

_ Sans but 3, 26, 27, 31, 37, 40, 42, 82, 124, 168, 194, 221, 223, 245, 248, 250, 260, 266, 272-273, 303, 305, 327, 360, 365, 380, 430

_ Sans Demande Facile (« SDF ») 123

_ Sans papiers 176

_ Sauver 140, 265, 285, 425

_ Scène publique 29, 33, 71

_ Schizophrène 52, 147-148, 155, 190-191, 208, 247

_ Schizophrénie 140, 206, 243

_ SDF (Sans Domicile Fixe) 3, 6, 19, 22-24, 34-35, 37, 39-40, 42, 48, 51-52, 54-60, 64, 67-68, 71, 72, 77, 82, 84, 91-92, 98, 100-109, 111, 113-116, 118, 120, 124, 127, 131, 134-138, 145, 154-155, 159, 183, 186, 187, 195, 201, 214, 216, 219, 223-225, 230, 231, 238, 240-241, 287, 292-296, 325, 327, 331-336, 338, 345, 351-352, 365, 367, 369-370, 376-177, 383, 412, 418, 430-434, 441

_ «Scène effondrée » (ou effondrement scénique) 336, 338

_ Secret (de famille) 199, 278

_ Secret professionnel partagé 53, 61, 136, 422

_ Séméiologie 37, 125, 425

_ Sens de la vie 19, 161, 170, 180, 277

_ Sentiments "auto-honteux" 129

_ Sentiment d'étrangeté 241-242

_ Sentiment de persécution 152, 191, 240

_ Sentiment de sécurité interne 129, 176, 312-313

_ Sentiment d'urgence 150

_ Signal d'angoisse 164, 238

_ Situations extrêmes 179, 197, 285, 308, 311, 315, 394

_ Société-dépendant (phénomène) 38, 42, 89

_ Société précarisée/précarisante 49

_ Soin paradoxal 318

_ Soin psychique (redéfinition du) 140, 372

_ Soldat (ancien soldat) 31, 37, 86, 92, 95, 133, 180, 280, 281, 321

_ « Solidarité humaine de base » 319

_ Souffrance (manque d'éprouvé, de ressenti de la souffrance) 328

_ Souffrance identitaire 309

_ Souffrance individuelle 49, 246

_ Souffrance de place 49

_ Souffrance(s) narcissique(s)-identitaire(s) 310

_ Souffrance portée 119, 147, 167

_ Souffrance psychique 30, 32, 50, 52, 56, 57, 61, 110, 123, 134, 145, 175, 211, 237, 246, 307, 308, 313, 315, 332, 369, 427, 441

_ Souffrance sociale 112, 155, 332

_ Souffrance traumatique 31

_ Soutien 5, 59, 125, 302, 376, 423

_ Squat/squatteur 21, 2, 117, 161, 165, 293, 278, 338, 351

_ Standard 19, 33, 39, 46, 64, 66, 67, 70, 77, 91, 99, 103, 104, 121, 142, 143, 149, 168, 169, 170, 209, 220, 329, 370, 412, 424,

_ Stéréotype(s) 31, 33, 38, 39, 47, 67, 71, 74, 75, 81, 82, 83, 85, 88, 103, 107, 109, 121, 122, 220

_ Stif(s) 35, 240

_ Stigmatisation/stigmatisé 96, 209, 264, 291, 295

_ Stress 36, 74, 78, 89, 111, 133, 172, 211, 214, 239, 257, 426

_ Structure(s) de personnalité 130, 214, 219, 234, 260, 304, 351

_ Sublimation 87, 223, 255, 378

_ « Sujet (s) vide(s) » 3, 134, 145, 150, 328-329, 331

_ suicide 21, 22, 90, 111, 162, 180, 183, 219, 230, 231, 238, 249, 258, 263, 277, 278, 279, 332, 375, 431, 432, 434

_ Suicide chez les SDF 230-231, 238, 431-434

_ Supervision 59, 219, 319

_ Suradaptation paradoxale 325-326

_ Sur place (immuabilité) 231, 249, 375

_ Survie du lien 319

_ Survie (Dynamique de survie) 68, 179, 231, 280, 286, 288, 317, 344, 345, 347, 361

_ Survie (Indifférence de) 231

_ Survie (Logiques de survie) 30, 49, 180, 307, 315

_ Survie (plongée dans la) 347

_ Survie (« réflexe » de) 182, 211, 280

_ Survie (stratégie de) 313-316, 318

_ Survivance psychique (clinique de la) 311

_ Survivre 21, 21, 34, 47, 91, 145, 173, 180, 185, 194, 211, 231, 250, 285, 285, 286, 290, 296, 304, 308, 309, 316, 337, 343, 350, 359, 377

_ Survivant 21, 30, 180, 182, 265, 281, 285, 290

_ Symbolique/symboliquement 30, 32, 72, 79, 87, 92, 95, 101, 110, 114, 254, 263, 297, 300, 302, 305-306, 312, 315-316, 320, 325-326, 333, 370

_ Symbolisation 51, 73, 78, 277, 300-302, 308-309, 319-320, 327, 347, 419

_ Syndrome d'auto-exclusion (Furtos) 3, 4, 145-146, 195, 268, 314, 360, 424

_ Syndrome de la stripteaseuse (Declerck) 137

_ Syndrome de l'escargot (Colin) 334

_ Syndrome d'exclusion (Maisondieu) 110-111

_ Syndrome du survivant 180

_ Syntone (culturellement/socialement) 46, 63, 78, 120, 168, 194, 348, 362

T

_ Tact professionnel 128, 136, 379

_ Terreur sans nom 308, 315

_ TTC (Thérapies Cognitives et Comportementales) 140

_ Torture 51, 175-176, 179, 343, 350

_ « Trace éternisée » (hors temps) 319

_ Transfert 3, 5, 21, 39-40, 44, 52, 59, 61, 64, 66, 70, 71, 76-77, 86-88, 105, 120, 122, 124, 135-136, 166, 171, 186, 210, 220-221, 249, 315, 328, 333-335, 338, 344, 360, 366-367, 371-372, 379, 419

_ Transfert Topique 334

_ Transfert de transfert 3, 61, 64, 66, 136, 371

_ Trans-générationnel 152, 199, 214, 300-302, 305, 320, 340

_ Transmission trans-générationnelle 46, 78, 170, 200, 250, 284, 300, 321, 419

_ Trauma 131, 337

_ Traumatisme 29, 30,37, 50-52, 68, 133, 146, 163, 168, 172-173, 175, 179, 195, 200, 203, 209, 241, 254, 259, 261-263, 272, 274-275, 280-281, 284, 286-288, 304-305, 309, 316-320, 323, 330, 332, 337, 342, 345-346, 348, 357, 359, 369, 371, 380, 383-384

_ Traumatisme majeur 37, 320, 286, 345-346

_ Traumatisme par le « rien » 275

_ Traumatisme précoce 263, 286-287

_ Traumatisme psychique 209, 261, 262, 281, 345

_ Traumatisme psychique précoce 261

_ Traumatophile/traumatophilie 21, 268, 317, 323

_ Travail en réseau 42, 54

_ Travail partenarial 40, 42, 56, 59, 61, 62, 64, 143, 369, 370, 379, 383, 424, 427-429

_ Travailleur pauvre 35, 49, 100, 107, 240

_ Travailleurs sociaux 19, 37, 40, 49, 52-54, 58, 60-61, 64-65, 112, 117-119, 132, 135, 138, 151, 154, 165-166, 175, 183, 185-187, 192, 195, 201-202, 206-207, 210-211, 270, 274, 366, 370, 373-374, 379-380, 383-384, 424

_Trottoir 34, 127, 175, 184, 190, 224,

_ Type (désordre) 78

_ Tziganes 31, 98

U

_ Urgence sociale 3, 156, 162, 171, 175, 177-179, 181, 197-198, 201, 209-216, 219-220, 225-226, 268, 296, 298, 340, 345, 352, 365-367, 374-375,

V

_ Vagabond/vagabondage 3, 26, 27, 35, 39, 47, 67, 71, 72, 82, 88-102, 144, 217, 221, 246-247, 271, 300, 376, 429-430, 435-436

_ Vertige (contre-transférentiel) 128, 167, 173, 188

_ Vétérans 37, 239

_ Vice 108

_ Victime 33-35, 51, 63, 84, 108, 114, 116, 121, 206, 215-216, 244, 266, 268, 275, 283, 287, 299, 304, 329, 337, 342, 349, 380, 413, 431

_ Victime sacrificielle 114, 116

_ Vide 24, 29, 32-34, 38, 40, 41, 43, 46,58, 64, 68, 84, 100, 105, 119, 120, 122, 124, 129, 133, 134, 138, 141, 145, 149, 150, 154, 155, 158, 167-168, 178-179, 183, 186-187, 199, 206, 210-211, 232-233, 236-241, 245, 247-249, 252, 254, 263, 273-275, 280, 282, 284, 286, 287-288, 297-298, 301, 304, 306, 307, 325-326, 329, 331, 337, 341, 346, 348, 350, 353, 355-358, 360, 362, 366, 375-376, 378, 380, 381-382, 421-422, 428, 432-434

_ Vide (interne) 24, 41, 105, 133, 155, 199, 237-239, 241, 245, 252, 274-275, 304, 346, 355, 382, 434

_ Vide primordial 134

_ Vie à la rue 21, 43, 78, 118, 126, 127, 132, 184, 189, 239, 330, 373, 374, 430, 434

_ Vie itinérante 31

_ « Vie pour rien » (la) 24, 105, 188, 231, 232, 233, 359

_ Vie privée 117, 131, 174, 422, 437

_ Vie psychique 27, 59, 128, 129, 139, 183, 188, 222, 233, 254, 267, 286, 288, 317, 318, 321, 331, 336, 355, 356, 358

_ « Vie quand-même » (la) 239, 272, 286, 359

_ Violence(s) 51, 58, 216, 224, 249, 269, 304, 342

_ Vivant (le plus vivant) 150, 325, 377

_ Vivre à la rue 126, 128, 143, 150, 183, 232

_ Vivre encore 30, 179, 180, 231, 285, 286, 345

_ Vivre (réflexe à vivre) 285

_ Vivre sans l’autre 50, 372

_ Vivre (question du *pourquoi vivre)* 285

_ Vie sociale 32, 35, 41, 47, 49, 50, 52, 93, 108, 112, 123, 127, 163, 168, 180, 181, 190, 199, 266, 286, 296, 297, 310, 334, 360, 361

_ Voyage pathologique 152, 247, 268, 269, 270, 272

_ Voyageur 30, 34, 76, 94, 98, 168, 221, 222, 223, 270, 271, 272

_ Vulnérabilité 207, 212, 294, 323, 355

W

_ Wanderer 99

_ Woodstock 100

X,Y, Z

_ Zonards 34, 231, 297, 432

INDEX DES AUTEURS

Auteurs cités et personnes/personnages (hors patients) ainsi qu'institutions/organisations/pays

A

_ Abbé Pierre, 39, 47-48, 101, 200, 241, 429, 430

_ Abraham N., 200

_ « Alain » (Playboy communiste), 150

_ Allen W., 170

_ Anderson N., 91

_ Annegarn D., 237

_ Antelme R., 180, 281

_ Anthonioz De Gaulle G., 47, 48

_ Anzieu D., 260, 344

_ ASE (Aide Sociale à l'Enfance) 118, 162, 188, 239, 274, 295, 383, 430

_ Askevis M., 249

_ Association Castor 54, 383

_ ATD quart-monde 48, 82-83, 294, 430, 441

_ Audisio M., 5, 141, 321

_Aulagnier Castoriadis P., 76-77, 316, 324, 337, 340, 344

_ Augé M., 305

B

_ Bachelot-Narquin R., 48

_ Ballier Cl., 252

_ Barthélémy S., 175

_ Bascoulard M., 100, 378

_ Baubet Th., 73

_ Beauvois J-L., 50, 83
_ Becket S., 27, 132
_ Benslama F., 83, 303-306, 321, 324
_ Bentolila S., 106
_ Bergeret J., 195, 260-262, 348, 432
_ Berthelier R., 85
_ Bettelheim B., 179-180, 308, 319
_ Bion W., 308, 315,341
_ Birden M., 37, 133
_ Bissuel B., 115
_ Bizet G., 96
_ Bleger J., 258
_ Blondel F., 333
_ Boinot K., 41, 223, 301, 333
_ Bonnaire S., 217
_ Bolzinger, 257
_ Bolzman Cl., 36
_ Bon M., 52
_ Bonneval L., 167
_ Boon D., 155
_ Borde M-P., 24, 105, 430
_ Borri L., 271
_ Boullier D-M., 333
_ Bourdieu P., 49, 101, 250
_ Bouteyre E., 195, 405
_ Boutinard P., 118
_ Brassens G., 70
_ Brelet-Foulard F., 254-255
_ Bresson M., 102
_ Bukowski C., 20.

_ Bydlowski M., 342

C

_ Cadoret M., 321
_ Caillard V., 241, 243
_ Calmettes J., 118, 430
_ Carmen (de Bizet), 96
_ Caro F., 83, 243, 246, 271, 383
_ Carrefour Des Solidarités 6, 54, 55, 60, 135, 155
_ Castan N., 94
_ Castel R., 42, 50, 63-64, 79, 94, 108, 113, 294, 324
_ Castelain J-P., 42, 63-64, 79
_ Castoriadis : voir Aulagnier P.
_ Cavanna F., 205
_ Célérier M-CL., 107, 125, 253, 329
_ *le 115* (Cent Quinze) 75, 117, 120, 151, 162, 172, 281, 325, 367, 374
_ Centre Hospitalier du Rouvray 5, 55, 196, 271, 436-437
_ Cervantès M., 28
_ Charcot J-M., 97
_ Charlemagne 90
_ Charlie Hebdo, 82
_ Charreton G., 338
_ Chasseguet-Smirgel J., 253
_ Chauvin P., 187
_ Cherchève P., 214
_ Cherki A., 85, 300-301, 305, 324
_ Chirac J., 51
_ Chobeaux F., 35, 36, 52, 108, 165, 252, 290, 292, 297-299, 367, 373
_ Choquet M., 249
_ Ciavaldini A., 129, 235, 388

_ Ciccone A., 371

_ Clash (the Clash, groupe rock) 237

_ CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) 173-174, 176, 215, 441

_ CNLE (Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale) 48

_ Colombé M-P., 4

_ Colin V., 52, 108, 116, 119, 133, 134, 147, 167, 332-336

_ Collomb H., 85

_ Coluche (Michel Colucci) 49

_ Congo 51, 282, 403

_ Corcos M., 19, 42,170, 280, 326.

_ Coué E., 155

_ Courant P., 246

_ Couture Ch., 122, 237

_ Croix Rouge Française 102

_ Cupa-Perard D., 251

_ Cyrulnik B., 286

D

_ Dabitch Ch., 171

_ Dadas A., 271

_ Darwin Ch., 128

_ Daviet O., 196

_ Debré J-L., 239, 433

_ Declerck P., 24, 33,39, 41, 43, 51, 89, 105, 108, 114, 116, 118, 134, 137, 145, 195, 232, 290, 328, 329, 330, 331, 332, 335, 350, 354, 359, 372, 376, 377, 430, 434-435

_ De Dinechin B., 101, 241

_ De Gaulejac V., 101, 147, 333

_ Degorge V., 320

_ Dejours Ch., 50, 338

_ Delage M., 275

_ Delaine N., 183

_ Delfeil de Ton, 100

_ Deligny F., 149, 223

_ Deniker P., 243

_ Dequeirez J-M., 116

_ Descombey J-P., 121, 130, 182, 186, 329

_ Deutsch H., 130

_ Devereux G., 34, 38, 42-44, 64, 70, 71-73, 77-80, 86-87, 129, 148, 180, 189, 273, 280, 322, 359, 419, 429

_ Devillers S., 319

_ De villiers G., 77

_ De Vulpian L., 30, 179

_ Diatkine R., 257

_ Diet A-L., 50, 321

_ Diet E., 31, 50

_ Don Quichotte de la Manche, 28

_ Doray B., 51, 283

_ Dorey R., 200

_ Douville O., 22, 31, 38, 42, 52, 65, 67, 71, 109, 113, 114, 271, 250, 304, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 327, 333, 351, 426

_ Drieu D., 5, 147, 383

_ Dumas M., 42

_ Duez B., 5, 52, 60, 171, 307, 332, 334, 336, 338

_ Duponchel E., 271

_ Durieux Ch., 171

E

_ Edlinger P., 167

_ Eiguer A., 51

_ El Hadj M., 179

_ Emmanuelli X., 51, 184, 320

_ Emmaüs 47-48, 82, 102, 116, 200, 430

_ Estecahandy P., 187

_ Escrocs (les, groupe musical) 413-418

_ Estellon V., 40

_ Estragon (Becket), 132

_ Ey H., 246, 435

_ Eyguesier P., 183

F

_ Fanon F., 85

_ Favret-Saada J., 63, 66

_ Ferenczi S., 200, 310

_ Fermi P., 70, 73, 78, 84-85, 87-88, 248

_ Ferrant A., 180, 281, 317, 328, 330, 335, 345,

_ Festa Ch., 6

_ Follin S., 243

_ Fotso-Djemo J-B., 42, 67, 71, 321

_ Fourrier, 90

_ Foville A., 97, 291

_ Freud S., 3, 4, 24, 37, 44, 45, 73, 76-77, 86, 128, 140, 170, 183, 197-198, 200, 209, 214, 234, 238, 244, 247, 253-254, 260, 265, 266, 272, 273, 274, 287-288, 306, 311, 312, 313, 315, 320, 330, 331, 353, 356, 361, 419

_ Foucault M., 95, 122

_ Fraiberg S., 319

_ Funaiolin M., 171

_ Furtos J., 50-52, 126, 145, 146, 155, 171, 193, 197, 221, 233, 275, 307, 309, 312, 314, 323-324, 336, 360, 370, 426, 435

G

_ Gaboriau P., 33, 51, 89, 96, 127, 145, 309

_ Gaillard G., 5, 119
_ Galinat J-L., 115
_ Garnier P., 271
_ Gaucher M., 50
_ Ginsberg A., 99
_ Girard V., 48, 64, 116, 187, 211, 376
_ Godard J-L., 237
_ Godot (Becket), 132
_ Gouiffes A., 6, 53, 55, 196, 427
_ Govindama Y., 341
_ Green A., 250, 341
_ Green (personnage du « Docteur Green », série Urgences), 121
_ Greenacre Ph., 254
_ Gruel L., 116
_ Gueslin A., 46, 79, 88-102, 107, 122, 144, 271, 296, 429, 430
_ Guillaumin J., 21, 168, 323
_ Guillou J., 292-296, 327
_ Gurême R., 98
_ Gutton Ph., 333
_ Guyotat J., 170, 243, 340

H

_ Hacking I., 235, 247, 270-271
_ Haddad G., 271-272
_ Haddock (capitaine), 115
_ Hara Kiri, 205
_ Hartzfeld M., 101
_ Hassin J., 101, 430
_ Henri A-N., 163, 174
_ Henry P., 24, 51, 105, 232, 259, 430

_ Héranval P., 150
_ Hergé, 115
_ Hermann I., 310
_ Higelin J., 247
_ Hippocrate, 121, 125, 128, 142
_ Hirigoyen M-F., 51
_ Hirsch M., 48, 116
_ Hugo V., 47
_ Huguet M., 236

I

Izzo J-Cl., 36, 134

J

_ Jaques E., 184, 195
_ Jaillette J-C., 214
_ Jan O., 21, 21, 23, 26, 36, 42, 59, 76, 79, 119, 136, 137, 138, 140, 143, 150, 180
_ Janet P., 434-435
_ Jankelévich W., 112
_ Jeammet Ph., 255, 259
_ Jospin L., 115
_ Jugnot G., 34
_ Jung K-G., 78

K

_ Kant E., 102
_ Kaës R., 31, 40, 74, 76, 77, 258, 312, 327, 420
_ Kardiner A., 74

_ Kaurismäki A., 36
_ Kerouac J., 34, 99, 100
_ Knock (Docteur), 372
_ Ksensée A., 353-356

L

_ Laborit H., 265, 267, 314
_ Lacan J., 50, 272
_ Lacarrière J., 90
_ (de) La Fontaine J., 98
_ Langlard G., 5, 195, 374
_ Laplanche J., 86, 265, 288, 359
_ Larousse (dictionnaire), 26, 72,143-144, 246
_ Laumonnier J-Cl., 6, 119, 366,
_ Lavenu M., 35, 91
_ Lazarus A., 52, 53, 58, 119, 175, 225, 369
_ Lebrun J-P., 50, 169, 306, 427
_ Ledray A., 341
_ Legendre P., 114
_ Le Goff J-F., 213
_ Le Malefan P., 5, 195, 405
_ Lempérière Th., 243
_ « Les bleus » de Nanterre, 134
_ Leprest A., 129
_ Leroux Y., 231, 430
_ Lesourd S., 252
_ Lesourne O., 183
_ Létuvé A., 141
_ Lévi P., 180, 281
_ Lévi-Strauss C., 31, 85

_ Le Vôt-Ifrah Cl., 42, 77, 121, 148, 183, 189
_ Leyens J-P., 81
_ Lindon V., 34
_ Linton R., 71, 73-75, 78, 80, 189, 419
_ Lioret Ph., 36
_ Loison-Leruste M., 106-107
_ Loo H., 241, 243
_ London J., 96, 226

M

_ Maffesoli M., 300
_ Maisondieu J., 109-113, 118, 367
_ Malabou C., 51
_ Malinowski B., 74
_ Mannkell H., 36, 176, 222
_ Mannoni O., 88
_ Marheil A., 81, 83
_ Martin J-P., 52, 116, 192
_ Marty F., 40
_ Marty P., 68, 253-254, 329, 353-355
_ Marx K., 97
_ Masud Khan M., 287, 348
_ Masse Ph., 61, 122, 184
_ Mathelin M., 42, 77
_ Mathieu F., 221, 287-288, 336-338
_ Mead M., 74
_ Méca Zuazu P., 101, 241
_ Médecin du Monde, 102
_ Melman Ch., 50
_ Mercuel A., 58, 60, 111, 145, 189

_ Meusy V., 104
_ Michel-Chich D., 29
_ Milgram S., 83
_ Milou, 115
_ Mimram M., 81
_ Minkowski E., 147, 242
_ Miravette N., 129
_ Mittérrand F., 49
_ Mondière-Lequin G., 52, 216
_ Mondzain M-J., 319
_ Montalti, 256
_ Montand Y., 31
_ Moreau de Bellaing L., 292-295
_ Morin E., 256, 258
_ Moro M-R., 73, 87, 236
_ Moureaux F., 81, 83
_ Mucchielli L., 89, 434

N

_ Nahel J-L., 74
_ Nat Kin Cole, 100
_ Nathan T., 37, 76, 86-87, 180, 267, 280, 281, 321
_ Nahoum-Grappe V., 42, 50, 79, 81-82, 115, 167, 236-238
_ Noblet P., 117
_ Nougaro Cl., 103-105, 143, 230

O

_ OFPRA (Office Français pour les Réfugiés et les Apatrides) 173-174, 176, 282, 441
_ OMS (Organisation Mondiale de la Santé) 192

_ Onfray M., 320
_ ORSPERE-ONSPERE 50-52, 60, 119, 123, 145, 226, 307, 328, 335, 366, 441
_ Ortigues E., 85
_ Ortigues M-C., 85

P

_ Pagès M., 141
_ Pagnier, 97
_ Paugam 49
_ Pasinetti M., 37, 133
_ Peau d’Ane (Perrault Ch.), 276
_ Picard R., 115
_ Pichon A., 167
_ Picq J-N., 127
_ Pinel Ph., 110
_ Pinson M., 42
_ Pinçon-Charlot M., 42
_ Pitici C., 338
_ Pitre, 271
_ Plagès M., 383
_ Poisson-Quinton S., 81
_ Pontalis J-B., 86, 265, 288, 359
_ Porot A., 85, 147, 242, 256
_ Porquet J-L., 24, 25, 226, 240, 293
_ Potter H., 200
_ Proia-Lelouey N., 383
_ Professeur Choron, 205

Q

_ Quesemand-Zucca S., 23, 35, 102, 127, 320, 323

R

_ Rabier M-A., 101

_ Racamier P-Cl., 51, 268

_ Rank O., 288

_ Raoult P-A., 252, 260

_ Ratherius de Verone, 93

_ Régis E., 97, 271

_ Reiser, 205

_ Restos du cœur, 102

_ Ribstein, 256

_ Robert (dictionnaire) 26, 72, 128, 236

_ Rolland R., 247

_ Rolling Stones, 100

_ Romains J., 372

_ Rouchon J-F., 87

_ Roughol J-M., 132, 223, 231, 239, 291, 369, 433-434

_ Rouquette, 256

_ Roussillon R., 51, 60, 111, 171, 174, 219, 257, 307-319, 324, 335-336, 343-345, 370

_ RRAPP (Réseau Régional d'Action Psychiatrie Précarité) 40, 59-61, 137, 246, 339, 437, 441

_ Rocher G., 72

_ Rwanda 30, 51, 179, 181, 281, 282, 284, 286

S

_ Sadoux Ch., 47, 429

_ Saeid S., 383

_ SAMU social 51, 57, 117, 119, 320, 329, 366, 379

_ Sancho Pansa, 28

_ Sarajevo, 51
_ Sarkozy N., 48, 108, 401
_ Sassolas M., 52, 326
_ Sattouf R., 121
_ Scelles R., 147
_ Schadron G., 81
_ Searles A., 344
_ Semprun J., 180, 281
_ Serreau C., 34
_ Simenon G., 98
_ Sironi F., 51, 173, 175, 179, 182, 281, 350
_ Slavomir R., 265
_ Smadja C., 235, 253, 356
_ Solaar M.C. (Claude M'Barali), 412-413
_ Spitz R., 288
_ Steichen R., 256
_ Stern A-L., 181
_ Strohl H., 52, 58, 175, 225
_ Strummer J., 237
_ Sue E., 29
_ Super-Cacher, 82
_ Süskind P., 47
_ Szwec G., 235, 253

T

_ Taboada Léonetti I., 333
_ Tapia C., 31
_ Trastour G., 248, 255
_ Téléphone (groupe rock) 237, 247
_ Thom R., 257

_ Thouroude D., 150

_ Timsit P., 34

_ Tintin, 115

_ Tisseron G., 96, 147

_ Tissié Ph., 271

_ Torok M., 200, 340

_ Toulis E., 408, 413-418

U

_ UMAPP (Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité) 49, 51, 55, 56, 57, 59-61, 115, 120-124, 128, 135, 143, 149, 154-155,161,166, 172, 178-179, 182, 188,191, 197, 198, 201-203, 212, 215-216, 224, 230, 240, 270, 274, 276, 281, 329, 339, 366, 370, 374, 428, 436-437, 441

_ UNESCO 72, 85, 441

_ URAS (Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale) 97, 187, 189 , 191-192, 194-196, 226-227, 230, 377

_ URGENCES (série) 121

_ Uwera Kanyamanza Cl., 284

V

_ Vacquié A., 96

_ Van Reybrouk D., 51

_ Varda A., 217

_ Verga A., 271

_ Vexliard A., 23, 38, 51, 88-92, 95, 98-99, 296, 300, 434-436

_ Vian B., 139, 235

_ Vidal-Naquet P., 108

_ Vigarello G., 105, 205

_ Vigier M., 150

_ Vital-Durand B., 431

_ Vladimir (Becket), 132

_ Vukovard, 51

W

_ Wallander Kurt, 221

_ Winnicott D-W., 129-130, 133, 139, 220, 257, 304, 307-308, 311-312, 319, 335, 340, 343, 345-346, 371

_ Wresinski J., 47, 48, 430

X, Y

Yzerbyt V., 81

Yougoslavie (ex.) 51

Z

_ Zarifian E., 110

_ Zempleni A., 63, 85

_ Zeroug-Vial H., 307