

RÉSEAU NATIONAL « JEUNES EN ERRANCE »

RENCONTRES NATIONALES DU RÉSEAU POITIERS 21-22-23 novembre 2017

**Rencontres réalisées avec l'aide du Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction Générale de la Cohésion Sociale**

**Avec le soutien de l'Institut Régional de Travail Social
Poitou-Charentes Nouvelle Aquitaine**

Réseau « *Jeunes en errance* ». c/o CEMÉA. 24, rue Marc Seguin. 75018 Paris

Ce compte-rendu est disponible sur jeunes-en-errance.cemea.asso.fr

SOMMAIRE

Informations sur ces rencontres : un réseau, un programme	p. 3
Retours sur l'année 2017	p. 5
Comportement d'errance et errance vraie. Que nous apprend la clinique de la rue ? Conférence par Olivier Jan	p. 9
Souffrance psychique et sentiments d'identité dans la prise en charge des SDF Conférence par Gaétan Langlard	p. 35
Ateliers conduits par des équipes du réseau	p. 57
Perspectives 2018	p. 65

INFORMATIONS SUR CES RENCONTRES

Un réseau, des rencontres annuelles

Le réseau national « *Jeunes en errance* » est né des actions expérimentales conduites dans les festivals par les CEMÉA auprès des jeunes en errance à partir de 1991.

Il a été officialisé et structuré à partir de 1997 grâce à l'intérêt qu'y a apporté Xavier Emmanuelli, Secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, et avec le soutien financier engagé depuis par les ministères en charge de l'action sociale.

Les CEMEA organisent annuellement une rencontre nationale ouverte à toutes les équipes au travail avec des jeunes en rupture sociale revendiquée. Ces rencontres sont organisées de façon itinérante dans des villes, ou des sites, où interviennent des équipes engagées dans le réseau national.

Leur organisation est financée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale dans le cadre de conventions successives pour l'animation du réseau passées avec les CEMÉA. L'actuel conventionnement porte exclusivement sur l'année 2017.

Ces rencontres nationales qui, existent de fait depuis 1995, alors centrées sur les bilans des interventions festivières expérimentales, existent depuis 1998 de façon rigoureuse, formalisée, ouverte, articulée avec les préoccupations professionnelles des correspondants du réseau.

Leurs comptes rendus sont disponibles sur jeunes-en-errance.cemea.asso.fr

Le projet des rencontres 2017

Les rencontres 2017 ont réuni 180 participants : 90 représentants de 40 équipes du réseau (professionnels, bénévoles, usagers, stagiaires), 80 étudiants de l'IRTS Poitou-Charente-Nouvelle Aquitaine, 20 professionnels locaux.

Trois formes de travail et d'échange ont été mises en œuvre :

- Un « *forum des pratiques* », où les équipes ont présenté en parallèle ce qu'elles font, et qui elles sont.
- Deux conférences : par Olivier Jan et Gaétan Langlard, tous deux psychologues cliniciens et docteurs en psychologie.
- Quinze ateliers animés par 18 équipes s'étant proposées ou ayant été sollicitées :
 - les maraudes inter-partenariales
 - les mineurs isolés étrangers
 - les lieux alternatifs dans les villes
 - insertion professionnelle et accès au droit commun
 - la formation aux questions de l'errance du point de vue d'étudiant.e.s
 - l'adaptation des hébergements d'urgence au public errant
 - accueils de courte durée en logements diffus
 - articulation soins-santé-social en accueil d'urgence
 - le travail avec les maitres et les chiens
 - quelles mises à l'abri adaptées dans la pénurie des solutions ?
 - concilier anonymat et partenariat en accueil de jour
 - les jeunes en errance dans l'espace ferroviaire
 - la place des usagers, les usagers-bénévoles

- contact et accompagnement en travail de rue-addictions
- une plate-forme locale interinstitutionnelle accueil-hébergement
- l'errance vue d'une équipe mobile psychiatrie-précarité
- Les jobs à la journée. TAPAJ

Les échanges en ateliers n'ont pas donné lieu à des transcriptions complètes. Cependant, des « notes d'ambiance » ont été rédigées par leurs responsables. La liste des équipes intervenantes et leurs coordonnées sont indiquées pour tout contact utile.

Introduction aux rencontres, faite par François Chobeaux

L'exclusion, la précarité, la misère n'ont pas massivement reculé depuis les « Rencontres Errance » de Grenoble en novembre dernier où j'avais présenté un retour sur l'année 2016. Le mal-être de beaucoup de jeunes lié aux difficultés d'entrée dans la vie, lié aux situations sociales parentales, lié aux représentations d'avenir, ne s'est pas amélioré non plus. Tout cela continue à produire du mal-être, du malheur et de l'exclusion.

À propos du mal-être des jeunes, quel que soit l'indicateur que l'on utilise (les réussites scolaires, les sorties d'aides sociales à l'enfance, les consultations santé, les premiers signes de pathologies mentales, etc.), on trouve toujours globalement (tous indicateurs confondus, j'insiste sur cela) que 15 % des jeunes ne vont pas bien ou pas bien du tout. Si vous voulez être optimistes vous pouvez toujours en déduire que 85 % vont très bien ou moyennement bien ; mais notre action porte évidemment sur ces 15 % qui ne vont pas bien du tout.

Globalement aussi, 2017 est la confirmation, même l'accentuation, de ce qu'on connaissait depuis quelques années, ce que certains appellent maintenant les nouvelles formes d'errance. Ce sont les gens qui viennent se réfugier en Europe occidentale, dont la France, pour fuir les horreurs ou les impossibilités à vivre dans leur pays d'origine, parce que l'Europe occidentale et la France sont des pays calmes, socialisés, démocratiques, riches, et qu'il est donc normal qu'ils accueillent le tiers-monde en souffrance.

C'est aussi l'« énorme problème » en France des mineurs étrangers non accompagnés. Ils sont environ 18 000 sur l'ensemble du territoire. Comment faire ?

Ces nouvelles errances font que la bonne vieille errance traditionnelle (tristes punks à chiens, SDF paumés) passe peu à peu à la trappe des attentions sociales. L'attention sociale, l'attention publique ont trouvé des nouveaux « bons pauvres », mineurs, migrants, qui méritent plus qu'on s'occupe d'eux que les bons pauvres d'avant devenus « mauvais pauvres », ces ex-pauvres jeunes qui, « s'ils se droguaient moins et s'ils bossaient un peu, seraient moins à la rue ma bonne dame ! »

A propos des politiques de jeunesse, de précarité et d'exclusion, centrons-nous sur les questions de jeunesse.

Les 15 % qui sont notre public étaient prioritairement destinataires de la Garantie Jeunes. Dans les montages européens, chaque État européen devait s'engager, dans une logique de « Garantie jeunesse », à proposer des mesures pour les jeunes sans emploi, sans formation et qui ne sont pas dans le système éducatif (les « NEET », *not in employment, education or training* en français).

La réponse française a été Garantie Jeunes qui profite – et tant mieux – à quelques dizaines de milliers de jeunes (j'ai entendu récemment évoquer 75 000 bénéficiaires réels). Mais elle profite uniquement à ceux qui vont le moins mal, parce qu'il faut être déjà motivé, prêt à se bouger, stable, dynamique, ouvert, disponible, pour s'engager dans un processus collectif de première formation et dans les contraintes de ce processus de première formation (contraintes horaires, relationnelles, contraintes de comportement social). Ceux qui vont le plus mal parmi ceux qui vont le plus mal sont donc radicalement en dehors de cette offre d'accompagnement. Constat d'échec aussi quand je lis entre les lignes ce qui est en train d'être dit maintenant des évaluations du plan interministériel « Jeunesse » de la présidence précédente, dont la Garantie « jeunes ». Ce plan interministériel avait volontairement dit : « On ne va pas faire une part particulière ou des mesures

particulières pour les jeunes les plus en difficulté pour ne pas les discriminer, on va tous les prendre en compte dans toutes les mesures », Evidemment, rien n'y a été fait pour eux sauf marginalement.

Difficulté aussi, et ça va continuer cette année, du côté de la prévention spécialisée. Des actions, des équipes ont encore été fermées, et cela porte systématiquement, prioritairement, sur les actions de centre-ville avant de fermer des actions périphériques au nom de cette bonne vieille représentation absurde qui assigne la prévention spécialisée aux « jeunes des cités ». Ceci parce que la prévention spécialisée est très, trop liée à la Politique de la Ville (voir la loi de protection de l'enfance de 2016) et que la Politique de la Ville à la française, ce sont les cités et les quartiers, pas les centres-villes. Ce qui explique aussi la très large absence de ce type d'action en milieu rural. D'autre part, la prévention spécialisée s'inquiète aussi actuellement de ce qui est appelé la métropolisation, le fait de passer sous la tutelle technique de ces nouvelles entités administratives et fonctionnelles territoriales que sont les métropoles faites d'intercommunalités, d'inter-agglomérations. Ça remanie les territoires d'action, ça rapproche encore plus des décideurs publics politiques, ça risque de donner encore moins de souplesse dans l'action.

Dernier point sur les politiques « Jeunesse », on note encore plus de fragilité des petites associations. On a encore vu dans le réseau Errance cette année, des petites actions, des petites structures, portées par des petites associations en grande difficulté et qui, soit ont mis la clé sous la porte avec un plan de licenciement, soit ont été reprises par les nouveaux gros porteurs du secteur avec bien souvent une réduction au niveau du personnel, avec bien souvent plus de charge de travail, avec bien souvent une importante normalisation des procédures de travail.

Tout ceci n'est ni très positif, ni dynamique. Pourtant, dans ce paysage, des équipes continuent à foncer, à inventer, à expérimenter, à avancer.

Oui, en 2017, des équipes ont continué à ouvrir des systèmes d'accueil et d'hébergement de longue durée. On ne dira pas « inconditionnels » depuis que nos collègues de Médecins du Monde qui travaillaient en squat nous ont dit : « Même l'accueil en squat n'est pas inconditionnel », mais « avec très peu de conditions », à « (très) bas seuil d'exigence », ».

Des équipes, il y en a plusieurs ici, se sont engagées dans la mise en œuvre d'un dispositif TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) accompagné par Jean-Hugues Morales du CEID-Bordeaux, une équipe du réseau Errance qui a importé ce modèle d'action du Québec. TAPAJ continue à inventer, continue à essaimer, en grande partie parce que Jean-Hugues a une mission nationale financée par la MILDECA pour soutenir cet essaimage et parce qu'il y a une volonté politique forte de soutien à cet essaimage.

Dans le même temps les expérimentations d'hébergement presque inconditionnel et de longue durée n'essaient pas, parce qu'on ne réussit pas à sortir de l'étape initiale où la collectivité publique va financer une expérimentation sur un an, deux ans, ici, ailleurs, alors qu'on n'en est plus là. On sait faire (des équipes le montreront pendant les trois jours), on sait gérer des jeunes dans des accueils de longue durée, à bas seuil d'exigence, avec des hébergements accompagnés, avec de l'accrochage professionnel, social. La question n'est plus de monter un financement pour l'expérimenter dans une ville si ça ne l'y a pas déjà été fait. La question est d'aider au transfert partout de ce qui a été non seulement expérimenté, mais aussi validé dans plusieurs autres lieux. On est à cet embranchement dans les pratiques novatrices : des équipes savent faire, des équipes ont envie de faire. Ce n'est pas bien difficile de les aider à faire, mais il faut soutenir les transferts de compétences. C'est possible, c'est ce qui se fait avec TAPAJ. Réfléchissons-le sur d'autres formes d'actions avec les mêmes publics.

Autre inquiétude. Apparaît sans arrêt, dans la sphère de la décision publique nationale, la notion de solvabilisation de l'usager. Pour que l'usager soit acteur, il faut le rendre solvable (on pourrait dire « client »), ceci étant construit sur nombre d'illusions.

Par exemple, on entend dire « TAPAJ est un dispositif qui va permettre de solvabiliser les jeunes ». Tu parles ! Quatre heures de boulot ponctuel payées 12 euros l'heure, c'est très « solvabilisant » ! Ou « la Garantie Jeunes va être un dispositif de solvabilisation ». Non, ce n'est pas vrai. Quelques dizaines de milliers de jeunes, conditionnel, maximum un an, impossible de s'arrêter sinon on ne peut repartir. Et 400 et quelques euros mensuels, ça permet quoi quand on est sans autres ressources ?

Des illusions se construisent là-dessus, y compris des illusions programmatiques comme : « On va conventionner avec des sorties d'ASE pour les entrer en Garantie Jeunes, comme ça, ils auront l'accès au logement et à l'information ». Mais pour autant qu'ils tiennent dans le dispositif, on fait quoi à la fin ? On continue de se faire croire qu'ils auront tous accédé à un emploi pérenne ?

Plus globalement, il y a dans la mise en œuvre de l'action publique (État et collectivités territoriales) des choses qui bougent positivement.

À la Direction générale de la cohésion sociale est fait un travail têtue, qui a eu du mal à démarrer, qui a été torpillé par les départements, qui redémarre sur ce qui est appelé dans le jargon « les sorties d'aides sociales à l'enfance » à partir du constat que 30% des SDF de 18 à 25 ans sortent directement de l'ASE avec de grosses difficultés. Au passage, rappelons qu'on ne réussit pas à avoir une image claire, fidèle, récente, je pourrais presque dire immédiate, de l'état des lieux des jeunes en protection de l'enfance à un instant *t*. On sait combien de mineurs font l'objet de suivis ou de mesures de placement, mais, pour rentrer dans la précision, sur depuis combien de temps, y a-t-il des variations selon les régions, selon les départements, que deviennent-ils après, pendant combien de temps sont placés ceux qui sont placés, comment ça se construit avec eux sur les sorties ? Tout ceci remonte mal parce que les Départements renvoient assez peu les chiffres ou les renvoient très tardivement, certains ne les renvoyant pas du tout. Cela fait que l'Observatoire national de l'enfance en danger a publié cette année un document de synthèse disant : « Voilà les chiffres qu'on peut extrapoler à partir de données partielles recueillies en 2015 et un peu 2016 ». Vous voyez le problème de pilotage !

Cependant, la DGCS reprend son bâton de pèlerin et veut que ça avance sur les sorties d'ASE, ce qui ne va pas être simple, parce que, depuis la loi de décentralisation, l'État n'a plus à dire grand-chose sur la protection de l'enfance à part la promulgation de lois et la validation par les Préfets des schémas départementaux de protection de l'enfance. Vous avez déjà vu un Préfet refuser de valider un schéma départemental ?

Ça bouge aussi à la MILDECA, parce que le plan 2018-2022 doit être bouclé en mars 2018. La MILDECA a fait un appel aux opérateurs de terrain pour alimenter le plan en réflexions et en propositions d'actions. Une contribution au titre du réseau Errance est en préparation. Par rapport au travail avec les jeunes en grande difficulté, les deux enjeux évidents apparus en réunion nationale de présentation de la démarche est la loi de 1970 et le sort fait à la réduction des risques avec une représentation des addictions qui est beaucoup plus : « La drogue, c'est mauvais, il faut arrêter et punir » plutôt que : « La drogue est une réalité, il faut faire avec et comment faire avec ? »

Et rappelons que La MILDECA finance un mi-temps de travail pour l'essaimage de TAPAJ.

Ça bouge aussi à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Dans les Bulletin trimestriel du réseau Errance vous avez les infos à jour. La DIHAL a publié un gros document sur l'accès au logement des jeunes fin 2016, début 2017 :

<http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/ameliorer-acces-logement-web-1209.pdf>. Ce document comprend une partie claire et précise sur les jeunes en grande difficulté. Les propositions faites dans cette partie sont solides, mais hélas ne s'imposent pas...

Ça bouge aussi à la DIHAL, parce que la DIHAL veut qu'en 2018, on sorte du dispositif très compliqué et biscornu d'accès à l'hébergement d'urgence puis de l'accès à l'hébergement d'insertion, pour passer à un système de mise au préalable en hébergement, et après on construit le travail éducatif et social. C'est le principe de « un chez soi d'abord ». Excellente idée, beaucoup ici sont convaincus que c'est une solution intéressante. Mais il va falloir sérieusement former tous les acteurs de terrain à cette révolution, et il va falloir savoir comment on fait pour trouver des endroits pour mettre tous les gens, parce qu'on peut avoir le principe, mais on n'a pour l'instant pas les places.

Ça bouge aussi, avec des inquiétudes, dans les collectivités territoriales. J'ai parlé de la métropolisation de la prévention spécialisée. Il y a aussi les soucis économiques. En 2017, il y a encore eu des restrictions de moyens ou des blocages de moyens sur des aides sociales à l'enfance avec la bonne vieille solution qui consiste à dire : « Un gamin en famille d'accueil coûte beaucoup moins cher qu'un gamin en MECS, donc mettons-les en famille d'accueil ». Mais en même temps le Conseil Départemental du Pas de Calais (voir dans le Bulletin Errance 2-2017) s'interroge en constatant que 40 % des SDF de moins de 25 ans du département sortent de son ASE. Est-ce que ça ne serait pas lié à la façon de travailler ? Une des conclusions de ce travail a été : « Le tout "famille d'accueil" est une erreur manifeste ». Il y a d'autres conclusions beaucoup plus sévères sur le suivi et le soutien de ces familles, sur le fonctionnement des placements, sur l'organisation administrative du service d'ASE. À suivre.

Je finirai sur une note pas très optimiste, mais hélas réaliste. Cela avait déjà été annoncé l'an dernier quand Gilbert Berlioz, un des intervenants en table-ronde sur les politiques publiques, avait dit : « L'attention aux malheureux change de destinataire ».

Il me semble qu'aujourd'hui, il y a encore plus de clivages dans l'opinion publique et dans les attentions publiques selon la nature de la souffrance juvénile : « Tu es punk à chien, toxico, alcoolisé en permanence, un peu provocateur, tu ne mérites rien », « Tu es jeune malheureux venu d'ailleurs, alors pour autant que tu sois conforme, tu mérites beaucoup ». Il va être de plus en plus difficile à des jeunes de revendiquer ou du moins d'adopter –ou d'être réduit à- la posture de celui qui est en rupture, de celui qui est marginal, parce que ça va être de plus en plus mal vu dans nos années morales. Mais cela fait partie de notre travail de défendre leur droit à être ce qu'ils peuvent être tant bien que mal en se débrouillant pour survivre, y compris à eux-mêmes.

Ça fait partie de notre travail, comme ça fait partie de notre travail de faire entendre qu'un grand nombre de ces jeunes et d'un peu moins jeunes va être probablement à soutenir, à aider, à accompagner pendant de très nombreuses années et qu'il devient de plus en plus urgent d'arrêter de réfléchir naïvement en termes d'insertion sociale linéaire et positive pour commencer réfléchir en termes d'accompagnement social au long cours, ce qui va faire éclater la frontière entre le social-insertion et le médico-social handicap. Sacré sujet d'avenir à réfléchir, parce qu'on est dans une société handicapante. Sacré sujet d'avenir, mais beau sujet à travailler, parce que les sujets à travailler ne sont plus des sujets à mon sens simplement expérimentaux locaux, mais des sujets structurels.

COMPORTEMENT D'ERRANCE ET ERRANCE VRAIE. QUE NOUS APPREND LA CLINIQUE DE LA RUE ?

Conférence d'Olivier Jan

Je suis psychologue à Rouen, notamment dans une Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP).

J'ai été invité pour parler d'une problématique globale qui est celle de l'errance. J'ai fait récemment une thèse de psychologie sur cette question, thèse qui est en ligne sur le site des CEMEA et donc accessible à chacun s'il le souhaite. Je vais donc reprendre ce travail en essayant de simplifier les aspects les plus techniques.

Je vais exposer un certain nombre de données à partir du lieu où je travaille, c'est-à-dire de cette équipe mobile psychiatrie et précarité, en vous disant à quoi ça sert, comment ça marche et ce qu'on vise en tant que psy dans ce type de dispositif. C'est aussi une manière de définir un travail qu'on peut appeler le travail en réseau, que je préfère appeler *le travail partenarial* entre les travailleurs de la santé mentale (publique surtout) et les travailleurs sociaux qui s'occupent d'insertion dans la grande précarité.

Mon souhait est aussi de montrer la difficulté à essayer d'aider des gens qui sont toujours en train de tout refuser. Je vais donc vous exposer sur quoi on peut buter dans l'aide qu'on essaie de donner les uns et les autres (ça s'adresse autant aux psys qu'aux travailleurs sociaux), aux gens qui sont très désocialisés. Qu'est-ce qui peut faire obstacle au fait qu'on puisse véritablement faire des choses pour eux ?

Dans une deuxième partie, je vais vous parler des cliniques de la rue, c'est-à-dire qui sont les gens qu'on rencontre à la rue, quelles sont les personnalités des gens qu'on rencontre à la rue.

À partir de là, j'essaierai de vous dire ce qui peut être de l'errance et ce qui peut paraître être de l'errance sans en être tout à fait.

La pratique d'une équipe mobile psychiatrie précarité

Comme je l'ai dit, je travaille dans une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité à Rouen. Cette équipe s'appelle l'UMAPP, Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité. C'est un des premiers dispositifs qui a été monté en France en 1999 à partir du constat, dès les années quatre-vingt-dix, à propos de la grande précarité, que les grands précaires étaient des gens qui ne demandaient rien, sauf des choses minimales, et en tout cas absolument rien en matière de santé mentale, que 30 % de gens à la rue étaient porteurs de pathologies psychiatriques (cette donnée est stable depuis fort longtemps) et de la question : que fait-on pour ces « cas psychiatriques » à la rue ? Jusqu'à cette époque, on ne faisait pas grand-chose.

Au-delà des cas psychiatriques à la rue, d'autres types de gens évoluent sans forcément être fous en étant dehors, mais, à l'époque, ils étaient excessivement mal connus et strictement jamais rencontrés par des psys, sauf de manière accidentelle, dans des états de crise aux urgences des hôpitaux, avec un certain nombre de phénomènes qui faisaient à l'époque (et qui continuent de faire éventuellement) la place au fait de les mettre dehors. J'expliquerai pourquoi.

On a commencé à travailler en 1999 d'abord avec les travailleurs sociaux. À Rouen, on s'est installés dans le lieu qui s'appelle le Carrefour Des Solidarités et qui centralise un certain nombre de services sociaux à l'adresse des gens qui sont Sans Domicile Fixe qui peuvent venir s'inscrire et rencontrer les travailleurs sociaux pour discuter et faire des demandes d'hébergement d'urgence.

À force de rencontrer les gens, les travailleurs sociaux finissent par les connaître et ils se retrouvent évidemment face à un certain nombre de gens en souffrance qu'ils peuvent diriger vers nous à ce moment-là. « Des gens en souffrance », ça ne veut pas dire – j'insiste là-dessus – que ce sont des gens qui sont des cas psychiatriques et qui ont une *souffrance psychiatrique*. Ce ne sont pas tous des délirants, etc. Ce sont des gens qui souffrent de ce que Jean Furtos, psychiatre à Lyon, à la suite du rapport Lazarus de 1995, nomme *la souffrance psychique*. D'ailleurs on devrait toujours dire « *souffrance psychique d'origine sociale* », c'est-à-dire une souffrance liée aux conditions de vie qui sont en l'occurrence particulièrement exposées et difficiles. L'équipe de psychiatrie de l'UMAPP – j'insiste sur le fait que c'est de la psychiatrie publique – se trouve au premier étage de ce Carrefour Des Solidarités, ce qui facilite énormément le fait que les travailleurs sociaux peuvent nous les présenter et nous les adresser pour qu'on puisse éventuellement commencer un travail avec eux.

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité sont mobiles. Pourquoi ? Toujours avec le même principe qui est d'essayer d'entrer en contact avec des gens qui ne demandent rien. Pour ce faire et pour maximiser nos chances de les aider, il faut se rendre sur les lieux qu'ils fréquentent, c'est-à-dire éventuellement la rue pour la plupart d'entre eux, mais aussi les centres d'hébergement d'urgence et les lieux d'accueil de jour où travaillent des travailleurs sociaux qui sont vraiment en première ligne et qui les rencontrent.

On a jugé absolument intéressant et nécessaire de travailler avec les travailleurs sociaux pour rencontrer des gens avec un certain nombre d'éléments qui peuvent se passer uniquement parce que ce préalable existe. Ça veut dire qu'un travailleur social côtoie un usager qui finit par le considérer comme un objet permanent de sa vie, éventuellement comme quelqu'un en qui il peut avoir un peu confiance, voire franchement confiance, parce qu'un certain nombre de services lui sont rendus régulièrement, qu'il n'y a pas d'entourloupe, etc. Ce travailleur social devient alors légitime pour annoncer des choses à la personne en question, y compris à une personne très désocialisée qui ne supporte rien par ailleurs, mais qui va éventuellement pouvoir supporter des remarques venant de cette personne qu'il connaît bien, qui connaît son quotidien, etc.

Une des tâches particulières que l'on n'apprend jamais – c'est valable pour les travailleurs sociaux mais aussi pour tous les gens qui évoluent dans les relations d'aide –, est celle d'orienter vers quelqu'un d'autre, vers un autre champ. On ne vous a peut-être pas appris, à vous, les travailleurs sociaux, comment faire pour adresser quelqu'un chez un médecin, chez un psychologue, etc., parce que ces choses se patinent avec la pratique et se font en fonction de la personnalité de chacun, en fonction du lieu où on travaille, etc. N'empêche que, sur ce type de public, voilà quelque chose de très fondamental et qui n'est pas forcément simple.

Ce qui est notamment important, c'est que les uns et les autres se connaissent afin de savoir comment fonctionne le champ de l'autre et connaître le dispositif pour pouvoir y adresser quelqu'un en étant à peu près sûr de la manière dont cette personne va être accueillie. On se greffe donc, nous les psys notamment, sur une relation existante : l'usager a une relation favorable avec son aidant social et nous allons être introduits par cet aidant social. Il y a un bon transfert de cet usager sur son aidant, et l'aidant a un bon transfert sur nous. Pour que des soins s'entament, il faut alors qu'un transfert de ce bon transfert se fasse sur le psy.

C'est un des principes que nous avons défendu depuis la création de l'UMAPP, mais toutes les EMPP ne fonctionnent pas ainsi. Certaines ne travaillent pas seulement et exclusivement avec le préalable d'une relation éducative avec un usager. Certaines font des maraudes et rencontrent par elles-mêmes des gens dans la rue ou dans d'autres circonstances. Ce n'est pas l'option que nous avons choisie.

Tout ce que je dis par rapport à l'UMAPP va avec le choix de travailler avec un accueil à bas seuil. On a la chance d'avoir un lieu qui est sur les lieux de passage, sur les traces quasiment obligées des gens qui sont en galère, ce qui est une chose facilitante, mais on essaie aussi de faire en sorte que les gens puissent

facilement arriver chez nous, sans que ce soit dans une relation qui soit excessivement impliquante tout de suite. Y compris en psychiatrie, on parle d'un accueil à bas seuil quand les gens peuvent venir prendre un café, discuter avec les personnes présentes, sans forcément que l'entretien soit formalisé dans un bureau. Si les choses se répètent, les gens rentreront peut-être plus dans les soins plus tranquillement.

De la même manière, lorsque je dis qu'on travaille sur une relation déjà existante avec un travailleur social, ça veut dire que les premiers entretiens – éventuellement tous les entretiens, parce que des modalités de soins se passent parfois seulement comme ça – sont dans l'acceptation que le tiers reste dans la relation. Le travailleur social n'est pas quelqu'un qui se pointe, qui nous balance la balle et qui repart à son ouvrage personnel. Le travail partenarial est un travail complémentaire. Ça veut dire que le champ du social et le champ psy travaillent ensemble sur la situation en question, de manière complémentaire. Ce n'est pas pour le travailleur social : « J'ai fini mon travail une fois que la personne est arrivée dans le cabinet du psy ». Au contraire. Je vous donne un exemple.

Une personne qui arrive jusqu'à nous de cette manière aurait souvent beaucoup de choses à dire, mais est incapable de parler. Le travailleur social est au fait d'un certain nombre de choses, parce que ça fait des semaines et des semaines qu'il travaille avec elle. Il va donc pouvoir – puisque notre position de psy l'y autorise – prendre la parole sous le contrôle du patient, en présence du patient, à propos du patient.

Très souvent, on se rend compte que ce sont des expériences qui n'ont jamais été menées auparavant, c'est-à-dire que les gens n'ont jamais eu cette possibilité, cette occasion, de se faire raconter en quelque sorte par un tiers présent. C'est très intéressant pour les gens pour lesquels la symbolisation est difficile, pour lesquels la parole n'est pas une habitude, pour lesquels l'expression de soi est quelque chose d'assez délicat, pour plein de raisons.

Par ailleurs, il faut le dire, beaucoup de gens à la rue sont des gens qui sont passés par des vies institutionnelles, qui sont passés aussi par des soins. Beaucoup de ces soins et de ces vies institutionnelles comportent une quantité invraisemblable de situations où cela s'est mal passé, y compris avec les psys. On n'arrive donc pas sur un terrain neutre mais en terrain franchement miné ! Les gens ont déjà une idée particulière et négative de ce que peut être une relation psy. Il faut donc qu'on puisse aménager les choses de manière à être un peu rassurant et à permettre qu'une expression se fasse, ce qui ne s'opérerait peut-être pas suffisamment jusque-là dans leur existence.

On essaie d'aller vers eux, on essaie d'avoir un accueil à bas seuil, on essaie de travailler beaucoup avec les aidants. On propose ce que l'on nomme « l'aide aux aidants », ceux-ci étant les travailleurs sociaux bien sûr mais aussi possiblement les bénévoles de certaines associations : d'une part pour expliquer quelles sont les dynamiques psychiques dans lesquelles peuvent se trouver un certain nombre de gens que ces professionnels ou ces bénévoles ont à accompagner et, d'autre part, parce que ça permet que des orientations puissent se faire sur nous ou services connexes (urgences hospitalières, ...).

J'insiste sur le fait que ce travail partenarial n'est pas un travail de supervision. Nous ne sommes pas des psys qui venons avec une position « méta » pour analyser le travail de nos collègues du champ du social. Ça existe et beaucoup d'entre vous connaissent probablement ce type de pratiques très intéressantes, fort riches, mais ce n'est pas ce que nous faisons. Nous ne nous mettons pas dans cette position. Nous nous mettons dans une position de complémentarité clinique directe. La plupart du temps, vous n'allez pas orienter vos patients ou vos usagers vers votre superviseur. Là, c'est bien le cas. On travaille ensemble sur les personnes dont on parle.

Un mot sur ce qu'on vise, en tant que psy, sur le terrain de la grande précarité. Est-ce qu'on vise à faire des belles psychothérapies ?

On vise des choses absolument basiques, c'est-à-dire que les gens puissent un minimum avoir un temps de réflexion sur eux-mêmes. Beaucoup de ces gens se retrouvent dans des dynamiques particulièrement négatives, parfois dans des dynamiques d'horreur. L'idée est qu'ils essaient, si c'est possible et si ça dépend d'eux - parce que ça ne dépend pas toujours d'eux - d'infléchir cette dynamique vers des choses un peu moins pires. On ne vise pas que les gens, qui ont des parcours invraisemblables, se mettent tout à coup à avoir des buts et des élans comme ceux qu'on pourrait peut-être avoir pour nous-mêmes. On ne peut absolument pas viser les mêmes choses au regard de la désocialisation, au regard du temps qu'ils sont en train de parcourir, qui est parfois (c'est rare, mais ça existe) un temps accidentel à la rue. Ce sont le plus souvent des temps chroniques à la rue. Les gens y sont depuis des semaines, des mois, des années et il y a *a priori* peu de chances pour eux d'en sortir rapidement. Il faut donc qu'on puisse être là comme des accompagnants avec l'idée/le souci de ce qu'est, ce qu'est devenue la vie psychique de celui qui est en face de nous.

On oublie très souvent que les gens qui sont à la rue ont une vie psychique et, le pire, c'est qu'eux-mêmes semblent aussi l'oublier et, parfois, semblent tout faire pour oublier qu'ils existent. J'y reviendrai tout à l'heure mais ceci précise les courants contraires dans lesquels nous avons à naviguer.

Parmi les questions qui se posent aux équipes mobiles, il y a l'intervention.

Quand on voit des gens très délirants, quand on voit des gens très malades, quand on voit des gens qui sont inquiétants d'une manière ou d'une autre, que devons-nous faire en tant que psys ?

On est une équipe de psychiatrie, donc avec des psychiatres qui ont aussi éventuellement moyen de faire entrer des gens dans des soins sous contrainte. Doit-on faire ça ou pas ? Ça fait partie des questions éthiques.

Le premier temps que je voulais introduire porte sur la manière que nous avons d'essayer de travailler avec des SDF et avec cette place absolument primordiale qu'on accorde au travailleur social puisque, sans lui, point de salut et aucune entrée dans les soins, dans la méthodologie qu'on a choisi de suivre.

En ce qui concerne le travail partenarial, j'ai essayé d'en définir des principes dans un texte intitulé « Si l'hôpital ne se fout plus de la charité, principe actif du travail partenarial », en ligne sur le site RRAPP.FR (RRAPP pour Réseau Régional d'Action Psychiatrie Précarité, réseau monté avec le Docteur Gouiffès dans les années 2000 sur l'ex-région Haute Normandie).

Les cliniques de la rue.

Très souvent, quand les gens sont dehors, quand ils évoluent sans lieu pour eux, sans lieu privatif, s'exerce pour tout un chacun inséré dans la société une forme de jugement qui tend à considérer ces personnes comme étant des gens en errance. On les voit, ils sont dehors, *a priori*, ils ne font rien, ils ne semblent pas pouvoir s'occuper, ils semblent rester dans des lieux qui sont normalement des lieux de passage, ils les occupent de façon chronique, etc.

Culturellement, quand on grandit, on apprend à fonctionner dans la société. Ça veut dire qu'on apprend à bien se conduire. Dans la manière qu'on a reçue d'apprendre à se conduire, on a appris des choses qui nous permettent de ne pas nous inconduire.

Le fait même d'être dehors, à l'extérieur, d'être oisif, d'être sans lieu, d'être sans possibilité de repli, etc., va déclencher en nous, de manière inconsciente, un certain nombre d'idées préconçues que vous et moi avons appris exactement de la même manière. J'insiste là-dessus. Ce sont des idées, donc des préjugés, inconscients, qui émanent de l'inconscient groupal, social on devrait dire, de notre société, qui nous amènent

à avoir des attitudes stéréotypées, qu'on pourrait appeler des contre-attitudes ou des contre-transferts d'origine sociale par rapport aux gens qui sont hors normalité et notamment aux gens qui sont dehors.

Ces personnes actualisent ce que nous avons refoulé, ce que nous avons appris à ne pas faire. La caricature de ces gens dehors, la caricature absolue de ce qu'on a appris à ne pas être, c'est le clochard. Un clochard, c'est qui ? C'est une personne qui est irrévérencieuse très souvent, ou obséquieuse éventuellement, qui évolue sans possibilité de repli hors du regard des autres (il est tout le temps sous le regard des autres, l'abribus devient sa chambre à coucher). C'est comme s'il n'avait plus aucune vergogne à se montrer dans ce qu'il est. C'est quelqu'un qui va actualiser ce qu'on n'a surtout pas envie d'être, c'est-à-dire quelqu'un de sale, quelqu'un qui ne s'organise pas. C'est le repoussoir. C'est un anti-modèle.

On pourrait dire que le clochard est un étranger de l'intérieur. C'est un pur produit de notre société qui existe tout à fait dans notre culture et nous avons tous appris depuis l'enfance à ne pas devenir ce qu'il est.

Tout ce que je dis, ce sont des truismes, des évidences. En même temps, ce n'est pas parce qu'on est travailleur social, parce qu'on est psy, qu'on est en dehors de la société et qu'on va pouvoir faire fi facilement de toutes ces choses qu'on a apprises malgré nous, qui nous ont été transmises et qui nous fondent dans notre manière de considérer la vie sociale. Ça veut dire que, malgré nous, on peut dire : « Il faut faire des trucs pour les clochards, on ne va pas les laisser, ils ont besoin d'un coup de main, ils ne savent pas se débrouiller tout seuls » et, en même temps, « est-ce naturel d'aller vers eux ? »

Faites-en l'expérience et vous verrez vos limites. Pourquoi ? Parce que, entre serrer la main à un type propre qui se lave, qui sent bon, et serrer la main d'un autre chez qui je vois que de la vermine court sur son col, j'ai plus de mal à serrer la main du deuxième ! Je le fais quand même, parce que j'ai acquis un certain nombre de façons de faire avec les années, mais cela reste pour moi un effort non naturel. J'insiste sur cette terminologie. C'est toujours un effort et ce n'est jamais naturel, y compris vingt ans après le fait d'avoir choisi de travailler dans ce champ. Ça veut dire que, moi aussi, de ma position, j'ai une tendance à rejeter un peu cet « autre » qui ne me fait pas toujours plaisir, loin s'en faut d'ailleurs. En même temps, il faut bien que je comprenne que, si je ne domestique pas cette espèce d'appréhension, je ne ferai rien. Ce type de mécanisme s'apparente aux mécanismes de défense relevant de la formation réactionnelle (c'est un peu l'obligation : si ce n'est pas moi, ce ne sera personne ; cela ne relève pas du désir direct sans ambivalence). C'est valable pour les travailleurs sociaux. C'est valable pour les psys.

Il est très important de prendre conscience de nos préjugés par rapport à tout cela, ce qui ne veut pas dire que, quand on voit quelqu'un qui a de la vermine qui grouille sur lui, il ne faut pas prendre des précautions, sinon vous allez aussi en être recouvert. Donc, il faut faire attention évidemment, le tout étant d'essayer de travailler, de trouver une façon de ne pas l'abandonner dans ce qu'il est en train de vivre.

Prendre conscience de nos préjugés est une des choses nécessaires pour l'appréhension de ce type de travail. Comment fait-on ? Là, je vous en parle. Ça vous permet peut-être d'éclairer des choses, parce que vous le saviez déjà de toute façon, mais il est toujours bien de le rappeler.

Ce sont des choses qu'il faut travailler tout le temps en équipe. Comment fait-on ? Est-ce qu'on se fait un cours sur les préjugés sociaux ? Oui, on peut le faire. On peut écrire des thèses là-dessus. Mais, pour que ce soit jouable, on peut le faire exactement comme le Jamel Comedy Club le fait par rapport au racisme, c'est-à-dire en prenant conscience, et en riant de nos automatismes par exemple verbaux autour des clochards. C'est très drôle et, en même temps, ça remet bien les pendules à l'heure sur le fait que, oui, ces réactions en nous existent et que, oui, ô combien et tout le temps, on a intérêt de faire attention, sinon on n'ira peut-être pas travailler avec eux pour de vrai.

C'était un préalable que je voulais vous communiquer, mais ce n'est pas d'hier que les choses sont comme ça. Le monde évolue et très vite, le monde social évolue et très vite, mais le fond culturel, notamment ces stéréotypes, n'évoluent guère.

Quand on lit le livre écrit par l'historien André Gueslin, il y a trois ans, sur les vagabonds, on se rend compte que cette ambivalence de ressenti qu'on peut avoir vis-à-vis des SDF existe depuis le Moyen-Âge.

A cette époque il y a sur les routes, plein de vagabonds, plein de gens qui vont faire des pèlerinages et on considère, vu la foi qui est au-devant de la vie culturelle à cette époque, que les gens qui sont dans un parcours christiques sont des gens qu'il faut aider (c'est donc valorisé) et que, si on donne de l'argent à celui qui se sacrifie de cette manière en s'identifiant à Jésus dans ce parcours, pour une part, on s'achète pour soi-même une place au paradis. Il y a donc une ambivalence : on accueille à la fois celui-là et, en même temps, on s'en méfie, parce qu'il y a mendiant et faux mendiant, bon pauvre et méchant pauvre ou vilain pauvre, aujourd'hui bon ou vilain migrant.

Cette contre-attitude qu'on a est un contre-transfert social, ou une contre-attitude sociale qui fait partie d'un inconscient qu'on partage tous et duquel il faut un peu se méfier, mais, pour s'en méfier, il faut en être conscient et je redis cette formule : c'est un effort non naturel.

Le public à la rue

On est dans une société particulière qui va réagir par rapport aux gens de la rue de manière globalement très ambivalente. Depuis vingt ans que je travaille dans ce milieu, malgré les efforts qui sont faits, il n'y a jamais suffisamment de places pour permettre à des gens de passer l'hiver à l'abri. Jamais !

Voilà un des symptômes qu'on peut, je pense, interroger, venant justement de la société globale.

Quand c'est le plan Grand Froid qui permet aux gens qui sont sans abri de trouver au moins un abri le temps du froid, on peut être assez surpris de voir à quel niveau est mis le curseur pour qu'il se déclenche : -5° ressentis pour ouvrir les gymnases et -15° pour un accueil inconditionnel dans toutes les structures d'accueil.

Patrick Declerck qui a beaucoup travaillé sur les clochards (il est notamment l'auteur des *Naufragés : Avec les clochards de Paris* et du *Sang nouveau est arrivé*) défend l'idée que les clochards et ceux qui sont dehors plus largement sont des gens qui sont littéralement sacrifiés vis-à-vis de cette ambiance sociale particulièrement ambivalente.

Jean Maisondieu, psychiatre, a écrit exactement sur la même thématique en parlant de *l'autruid*, c'est-à-dire d'un déni de fraternité vis-à-vis des gens qui sont à la rue.

Olivier Douville, une autre référence par rapport à ce type de travail, a parlé de *l'image du paria*.

On est dans un monde dans lequel il est tout à fait possible de vivre à la rue, mais où il est très difficile, quand on y est, de pouvoir trouver de l'aide, etc.

On dit souvent que les gens à la rue sont des gens qui ne demandent rien. C'était vrai en 1999 quand on a créé l'UMAPP à Rouen. Aujourd'hui, il y a plein de gens à la rue qui ne souhaiteraient qu'une chose : ne pas y être, ne plus y être. En vingt ans il y a eu une évolution nette sur le fait que ce ne sont plus tout à fait les mêmes personnes qui se retrouvent dehors. D'abord, il y a une bien plus grande quantité de gens qui sont dehors. Ensuite, beaucoup de gens qui sont dehors ne sont pas dans une dynamique d'abandon de soi, mais au contraire en demande alors que l'offre en face est réduite, parfois ridicule.

Le système du 115 est un système qui ne fonctionne pas bien. Je le dis parce que je le vois, j'y suis. L'hiver dernier, les gens pouvaient accéder trois nuits à un hébergement d'urgence et rester douze nuits sans solution d'hébergement. Les gens qui arrivent ont passé douze nuits dehors. Ils ont un lit. Ce serait possible pour eux de trouver enfin le sommeil, mais, quand vous ne dormez quasiment pas pendant douze jours, vous

ne dormez pas la première nuit ! La deuxième nuit, vous commencez à vous dire : « Je peux peut-être fermer l'œil ». La troisième nuit, vous dormez, mais c'est le moment de repartir. Ce système organise ne serait-ce qu'une fatigue chronique qui ne permet absolument pas aux gens qui seraient pourtant en souhait de s'en sortir de pouvoir s'en sortir.

Ceux qui sont dans un abandon de soi sont des gens qui vont être encore plus en difficulté puisque, ne demandant rien, on va franchement aujourd'hui leur proposer pas grand-chose...

Vivre à la rue attaque l'identité de ceux qui sont amenés à ça, notamment par la perte d'intimité. Dans la structuration qu'on peut avoir par notre éducation, on a tous appris à avoir un peu de repli, un peu d'investissement personnel et un peu de propriété privée, mais toutes ces références explosent complètement dès qu'on est dehors. C'est une des raisons pour lesquelles les gens finissent parfois par perdre le sentiment de continuité de leur identité par exemple. Ça pose donc des questions sur ce que l'on devient *après* un temps à la rue, en admettant qu'on n'ait pas de problèmes antérieurs, par ailleurs.

Les profils des gens qui sont à la rue.

Là encore, je vous parle depuis ma fenêtre, celle de cette Equipe Mobile Psychiatrie Précarité. Je suis psy. Je ne suis pas travailleur social, je ne travaille pas dans un CCAS, je ne suis pas assistant social de quartier. J'ai une manière de voir les gens qui n'est peut-être pas conforme à celle d'autres observations possibles. Je vous donne donc mon point de vue par rapport à ça, un point de vue de psy.

Quel type de personnalités va-t-on trouver ?

On peut rencontrer des gens qui sont accidentellement dehors. C'est une toute petite quantité de gens. Ce sont des gens qui ont un fonctionnement psychologique plutôt ordinaire. Pour un psy on dit que ce sont des « névrosés ordinaires ». Ce ne sont pas des gens qui ont des symptômes. Quand ils font une connerie, quand ils se déroutent, ce sont des gens qui sont accessibles à la culpabilité. Quand il faut s'inscrire quelque part ils sont capables de s'organiser pour le faire. Ils comprennent les règles. Ils ont suffisamment de capacités pour saisir ce qui est attendu d'eux dans la vie sociale, par exemple. S'ils arrivent dans l'urgence sociale, c'est « simplement », seulement pour des affaires de crise, un temps de crise, un passage difficile dans leur existence.

Par exemple encore, des gens qui subissent une rupture amoureuse ne se rendent pas compte toujours de l'ampleur que le phénomène peut prendre sur eux et ils vont pouvoir se retrouver hors de leur activité professionnelle. Souvent, ce sont des précaires qui étaient déjà précaires dans leur activité professionnelle qui ne vont plus aller travailler. Du coup, le petit contrat dans lequel ils étaient inscrits est immédiatement dissout, ce qui veut dire que, rapidement, derrière, ils ne peuvent plus payer leur logement, donc ils le quittent (parce que ce sont des gens organisés, respectueux) avant de se faire virer et ils se retrouvent dans l'hébergement d'urgence.

Ce sont des gens qui sont dans un malaise existentiel fort, mais ils n'ont pas perdu le sens de la réalité. Le fait d'arriver tout à coup dans le système de l'urgence sociale va les faire réagir et ils vont surtout accepter toutes les mains tendues. Ceux-là sont des gens qui vont pouvoir rebondir, qui ne vont pas rester très longtemps dans l'hébergement d'urgence, qui vont accéder au CHRS ou à toute autre proposition et qui ne vont avoir fait qu'un passage bref dans ce monde de l'hébergement d'urgence et de l'urgence sociale.

Il y a très peu de névrosés à la rue ; ils y sont sur des situations de crise plus ou moins accidentelles et transitoirement.

À la rue, il y a aussi beaucoup de gens qui sont des psychotiques. J'ai dit tout à l'heure 30 % des gens SDF seraient des personnes relevant de maladies mentales.

Ce sont des gens qui ont une manière de vivre décalée par rapport à la réalité. Dans le groupe des psychotiques à la rue, on voit beaucoup de schizophrènes, un certain nombre de paranoïaques et parfois des gens qui ont ce qu'on appelle maintenant des troubles de l'humeur, des états bipolaires, mais à un niveau très élevé et qui se rapproche notablement de la psychose. Je rappelle que tous les gens qui ont des troubles bipolaires ne se retrouvent pas dans le registre psychotique.

On va s'arrêter quelques instants sur les psychotiques qui sont dehors.

Quasiment 100 % des gens en question sont des anciens malades des hôpitaux psychiatriques. Ils connaissent l'HP. Ce ne sont pas des gens qui n'y sont jamais allés et qui sont arrivés dehors par hasard. Il n'y a pas tellement de hasard dans le fait qu'ils se retrouvent là. Pourquoi ? Parce que la rue est à peu près le seul lieu où on ne va jamais les embêter sur leur manière de vivre. Ils sont marginaux, ils délirent à plein tube, etc., ils vont se clochardiser, mais, vus de l'extérieur, ils sont comme les autres clochards. C'est une manière pour eux de passer, entre guillemets, inaperçus. S'ils sont dans un collectif, on va les repérer tout de suite, parce que ce sont des gens qui délirent, qui sont dans leur autisme, repliés, qui ne partagent pas avec les autres, qui produisent des choses que les autres ne produisent pas, mais, en même temps, ils peuvent être dans les mêmes lieux.

Pourquoi ces gens refusent-ils les soins la plupart du temps ?

Ma première hypothèse est de considérer que, pour eux, les soins ne sont pas toujours acceptables. On a le droit de faire une critique de ce que propose la psychiatrie, notamment la psychiatrie moderne, par rapport à la psychose. C'est comme si la médecine avait une espèce de plan standard dans la tête à ce niveau, avec l'idée qu'il faut forcément un traitement, et un traitement suffisant. Ça veut parfois dire un traitement qui enlève toute capacité de penser, littéralement. Ces traitements vident la tête au point que les gens se retrouvent dans une difficulté à se sentir existants, à tel point qu'ils n'ont plus rien à l'intérieur d'eux-mêmes.

Ce qui va avec, c'est l'idée très normative - et de plus en plus normative peut-être, c'est une hypothèse que j'ai actuellement - de la psychiatrie de vouloir amener les gens à avoir leur petit appartement, à aller faire leurs deux ou trois demi-journées dans un hôpital de jour où on leur apprend désormais à s'adapter de mieux en mieux, etc. Le soin serait rabattu de plus en plus vers de l'adaptation, voire de la correction de choses qui seraient erronées socialement : « délirer dans la rue ne se fait pas, donc apprend à faire autrement, va acheter ta baguette et, quand tu délies, tu vas voir le médecin pour qu'il te donne un peu plus de gouttes » ou ce genre de chose. C'est du conditionnement social. Il en faut certainement, mais ma question est : cela est-il un « programme » suffisant pour décider les psychotiques à s'y inscrire avec intérêt ?

Plein de gens refusent de se reconnaître là-dedans et se sentent plus vivants – selon mes observations – à délirer dehors et à être « libres » de ce qu'ils ont dans la tête.

Il y a des limites à ça, parce que des gens peuvent s'abîmer très fortement ainsi, qui ne sont pas trop capables de revenir et de se faire aider. Ça veut dire que, parfois, il faut leur sauter dessus et les embarquer. C'est rare, mais il faut pouvoir se dire ça, simplement pour les sauver. Il faut pouvoir se dire ça et le réserver aux cas suffisamment graves, et ne pas commencer à se dire : « Quelqu'un délire là-bas » ou « Voilà quelqu'un d'un peu incurique, cela justifie une hospitalisation en psychiatrie » et on lui saute dessus. Non. L'hospitalisation sous contrainte a ses règlements. Il faut qu'on puisse considérer que les gens sont dangereux pour eux-mêmes ou dangereux pour autrui. Voilà la règle de base des hospitalisations sous contrainte.

Que faisons-nous dans les Equipes Mobiles pour eux ?

On essaie de les approcher. On les approche. On discute avec eux quand c'est possible. Parfois, ils nous rejettent. Parfois, ils ont une ambivalence extrême qui va faire qu'on va pouvoir les rencontrer un peu mais que, dans le quart d'heure suivant, ils vont nous rejeter... Mais on finit par devenir des objets permanents pour eux : à force de les côtoyer – c'est une chose très importante à noter d'expérience, c'est complètement empirique, ce n'est pas un savoir livresque que je vous livre, mais ce que j'ai pu vérifier –, on finit par devenir pertinent en cas de besoin. Quand des choses vont mal, on peut ainsi leur dire : « Venez avec moi, je vous emmène voir un médecin » et, effectivement, dans certains moments de crise pour eux, ils ne refusent plus, aussi parce qu'ils nous ont observés du coin de l'œil pendant un certain temps et qu'ils ont vu de quel bois on était fabriqué.

Le gros de la troupe des gens qui sont à la rue sont des gens qui correspondent à ce qu'on appelle des états limites. Qu'est-ce que les états limites ? On devrait pouvoir dire des états abandonniques. Voilà des gens dont les parcours personnels ont été des parcours où l'abandon a été extrêmement ravageur.

Un nombre énorme de gens à la rue (peut-être 70 %) ont des parcours ASE. Un parcours ASE ne veut rien dire *a priori*, si ce n'est que les gens n'ont pas vécu avec leurs parents ou étaient dans une famille suffisamment anormale pour que la société elle-même s'en rende compte et les en écarte.

Ce sont des gens qui ont des parcours complexes, souvent de maltraitance, souvent de deuils qui sont des deuils parfois informulés et incomplets. Ce sont des gens qui ont conçu à l'intérieur d'eux-mêmes le fait que faire confiance n'est pas une donnée fondamentale et que se méfier fait partie du jeu.

Cela dit, un état limite a toujours besoin d'autrui. C'est très particulier, parce que ça veut dire que ce sont des gens qui ne peuvent fonctionner véritablement que dans des relations qu'on appelle anaclitiques, c'est-à-dire dépendantes de l'objet. Ça veut dire que l'état limite est dépendant de l'autre, mais qu'il va être suffisamment exigeant vis-à-vis de l'autre pour que le lien soit toujours mis en péril. C'est toujours un lien précaire, mais c'est un lien qui est toujours sollicité. Donc, beaucoup de gens à la rue sont des états limites.

Ce sont des gens qui ont besoin d'étayages pour vivre, des étayages possibles, c'est-à-dire des recours externes. Un étayage, c'est un recours externe. Ma personnalité est insuffisante par elle-même pour tenir la route dans la vie sociale, dans les investissements, etc. J'ai besoin de choses qui me permettent de dépasser l'angoisse qui est à l'intérieur de moi qui est une angoisse de vide dans le cas des états limites. Donc, pour que les choses soient un peu moins terrifiantes, pour que la vie soit un peu moins effrayante, je fais usage d'objets externes. Ces objets externes sont des relations avec des « vrais vivants » (avec des hommes, des femmes, etc.). C'est aussi l'usage d'objets comme les objets toxiques, l'ingestion d'objets toxiques, les incorporations d'objets. Dans les états limites, beaucoup de gens trouvent ces étayages pathologiques autour des drogues et de l'alcool.

Probablement que le gros de la troupe des gens qui se retrouvent dehors sont des états limites qui ont eu des enfances catastrophiques.

Autre population à la rue : les jeunes en errance.

« Les jeunes en errance » : cela ne veut pas dire psychotique, névrotique ou état limite. Ça veut désigner des jeunes qu'on est un peu surpris de retrouver, très régulièrement, dans les systèmes d'hébergement d'urgence ou carrément dehors à 18 ans et deux mois.

Un grand nombre de jeunes en errance semblent assez victorieux de sortir de l'ASE et de se retrouver dehors alors que rien ne s'ouvre à eux. Jusqu'à 18 ans, ils sont pris en charge tant bien que mal et, à 18 ans, ils sont

tout à fait heureux de se retrouver hors de tout ça, mais ils se retrouvent dans un vide énorme dont ils sont les seuls à sembler ne pas se rendre compte qu'il est vertigineux et effrayant.

Je dis ça parce que, nous, adultes en face, on a un contre-transfert très particulier par rapport à eux. On se dit : « Ce n'est pas possible que des jeunes soient déjà dehors ! » Si on essaie de les rencontrer, ils annulent toute difficulté comme si tout allait bien, mais nous nous rendons compte qu'ils sont illettrés ou quasiment, qu'ils n'ont en tout cas aucune formation validée, qu'ils n'ont aucune idée de la vie sociale telle qu'elle se présente. L'inscription dans le travail ou dans l'effort même ne fait pas du tout partie des choses qu'ils ont pu mettre à l'intérieur d'eux-mêmes. C'est comme s'ils avaient traversé leur enfance et leur adolescence à l'ASE sans rien avoir acquis. C'est quand même quelque chose de particulier quand on est adulte et qu'on est un peu au courant de la manière dont marche la vie actuellement et la vie adulte.

En France l'âge de décohabitation moyen, c'est-à-dire quand les enfants quittent leurs parents, est 24 ans et l'âge moyen des enfants qui se retrouvent indépendants financièrement de leurs parents est 28 ans. Or, là, vous vous retrouvez avec des jeunes qui ont 18 ans et qui sont victorieux de ne rien avoir, même pas les minima qui devraient être mis en place, mais qui ne le sont pas toujours.

Ce sont donc des gens qui se retrouvent manifestement exposés. Quand ils ont recours au système d'hébergement d'urgence, ils se retrouvent dans des dispositifs qui ne sont pas faits pour eux puisque pas pensés pour des gens qui ont leur âge, parce que, pour avoir une place, il faut se tenir un peu correctement alors que, quand on est jeune, on a un peu envie de faire le con. Donc, rentrer à 18 heures 30, être foutu dehors le lendemain à 9 heures, ne pas avoir d'inscription possible dans la journée, etc., c'est assez compliqué et c'est surtout en décalage complet, total, avec ce que vivent les jeunes du même âge dans d'autres strates de la société. La seule chose qu'ils peuvent avoir en commun, c'est de continuer à bien s'habiller et de mettre un point d'honneur à être propres. En même temps, quand ce sont des gens qui sont en hébergement d'urgence, ils partagent quand même les mêmes sanitaires que les clochards. Donc, vous voyez bien qu'il peut y avoir un certain nombre de tensions entre eux. C'est un mélange de genres tout à fait étrange dans les centres d'hébergement d'urgence.

Ces jeunes en errance sont difficiles à rencontrer par nous les psys, sauf dans les moments où ils sont en crise. Ce sont des gens qui sont indifférents en temps ordinaire comme s'ils ne souffraient pas, mais, quand ils sont en crise, ils font, par exemple, des crises suicidaires, ils sont dangereux pour eux-mêmes. Comme je le dis, ça s'éclaire dans la nuit. Quand ils vont mal, d'un seul coup, ils ont une conscience absolue d'avoir zéro place, aucune inscription, aucune chance, qu'ils sont dans la *destroy*, qu'ils sont dans la merde. Le vertige est très impressionnant pour eux alors et, j'insiste, pour nous en face. Je pense que vous qui travaillez avec des jeunes en errance voyez ce que je veux dire.

Le recours psy.

Imaginez : « Bonjour, vous avez toujours rêvé de rencontrer un psychologue, je suis là, parlez-moi de votre enfance ». Ce n'est pas possible. On ne peut pas partir comme ça ! Il faut jouer avec le temps et il faut attendre – je vais dire une chose affreuse, mais c'est la réalité telle que je l'observe – que les gens soient un peu abîmés pour qu'ils commencent à faire éventuellement un peu plus attention à eux. C'est le paradoxe. On devrait pouvoir dire aux gens qui sont comme ça en début de carrière : « On en profite, faisons des choses », mais c'est peut-être là que c'est le plus impossible.

Accepter que les gens s'abîment alors qu'on sait qu'on devrait faire des choses, c'est une position professionnelle et humaine fort douloureuse pour nous.

Avoir de la mémoire pour eux veut dire qu'on les rencontre de temps en temps, de loin en loin. Je dis toujours qu'il faut considérer que la première fois qu'on les rencontre, que la deuxième fois qu'on les rencontre, la

troisième fois qu'on les rencontre, etc., c'est à trois mois, six mois, deux semaines, peu importe, de distance : c'est la séance suivante. Par rapport à ça, il faut donc être en capacité, ce qui se fait malgré nous, de rappeler ce qui se faisait, dans quoi ils étaient la fois d'avant, etc., afin de leur manifester une chose qui est que, nous, les psys, nous ne sommes pas des paniers percés, qu'on retient des choses d'eux, qu'on n'est pas indifférent à ce qui leur arrive, qu'on est capable de re-pointer des choses de leur vie psychique, de leurs moments, de leurs angoisses éventuellement ou de leurs bons trucs : « J'étais à tel endroit, je faisais un petit job dans le foyer, je faisais la cuisine à ce moment-là », « Oui, je me rappelle, il y avait untel et untel », c'est-à-dire de ne pas manifester face à eux le vide archi-vide qui est la chose qui peut probablement les gagner.

Autre population sur laquelle je vais passer vite alors qu'on pourrait aussi en discuter des heures : les demandeurs d'asile d'une part et les déboutés du droit d'asile d'autre part.

Comme il y a insuffisamment de places d'accueil dans les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA) en France, les gens se retrouvent comme tout le monde dans le système d'hébergement d'urgence, sauf que voilà encore une ineptie de notre beau pays. Vous accueillez des gens qui viennent de l'étranger, non parce qu'ils ont un petit rhume des foies qui leur donne envie de traverser le globe, mais pour des raisons vitales la plupart du temps. Ce sont des gens qui ont très souvent risqué leur vie au cours de leur voyage en venant, mais le traumatisme n'est pas souvent là, loin s'en faut. Le traumatisme tient à ce qui s'est passé avant, qui a présidé au fait de partir. Ces gens ont souvent vécu des choses abominables, des traumatismes de guerre, etc.

Ces gens arrivent enfin dans le pays des Droits de l'Homme, chez nous. Bienvenue en France ! C'est quoi cette bienvenue ? De quelle manière les accueille-t-on ? On accueille justement par l'hébergement d'urgence et par la rue des gens qui ont des traumatismes cumulés, cumulatifs, et on se distingue à ne pas les aider correctement avec la demande d'asile qui est un parcours violent qui laisse sur le carreau à peu près 80 % des gens. Ça veut dire que, comme très peu de gens choisissent de repartir dans leur pays après une demande d'asile, parce qu'ils ont vraiment le sentiment d'avoir évité de mourir et qu'ils n'ont donc pas tellement envie d'y retourner, ils sont capables de rester pour endurer le pire de tout qui est à nouveau la vie à la rue, la vie dans l'hébergement d'urgence, etc.

Voilà des gens qui étaient à l'origine normalement constitués psychiquement, c'est-à-dire capables de s'organiser, qui n'ont jamais été des gens en errance, qui n'ont jamais été des gens avec un vide interne comme les états limites dont je parlais tout à l'heure, et qui se retrouvent avec une souffrance psychique grave, avec un risque de suicide majeur et qui, à vivre dans des inscriptions impossibles (c'est plus que des mésinscriptions, ce sont des désinscriptions, ils sont désinscrits de tout, ils ne peuvent plus s'inscrire dans quoi que ce soit), finissent par vivre à la rue.

Je parlais tout à l'heure de cette identité qui s'abîme hors de toute possibilité de propriété privée. C'est le cas. Allez à Paris un soir de semaine. Vous verrez le nombre de gens qui vivent sous les porches. Ce sont des gens qui n'ont rien à faire de leur vie. Ils ne se proposent rien pour eux et ils finissent à arriver réellement dans une errance qui est une errance clochardisée.

Les gens qui sont dehors, sont-ils dans l'errance ?

Au risque de choquer, un psychotique qui délire dans la rue n'est pas dans l'errance. L'errance, c'est vivre sans but. Un psychotique a un but. Ça peut vous - et me - paraître fou, mais on a raison de penser ça.

J'ai eu un patient dont le but était de vérifier les codes des poubelles à Rouen. On est complètement d'accord, ce Monsieur était totalement fou, mais sa mission, son délire schizophrénique, qui se rattache à d'autres

aspects d'une persécution très polymorphe, était celle-là. Vu de l'extérieur, on se dit que ce Monsieur est en pleine errance et qu'il ne fait rien de sa journée, mais lui pas du tout. Quand il rentre le soir, il est épuisé et il est capable de faire un récapitulatif par écrit dans une langue tout à fait absconse, mais qui a un sens pour lui. Ce n'est donc pas de l'errance.

Les personnes qui sont dans la demande d'asile ne sont pas du tout en errance. Elles viennent en France avec le but de survivre. Ce ne sont pas des gens qui se disent : « Je vais arriver en France, je ne vais rien faire, ça sera pas mal de vivre sur un trottoir ». Ce n'est pas du tout leur cas. Elles ne réussissent pas à s'inscrire, mais elles ont bien le but et l'idée de s'inscrire quelque part.

Les états limites dont je parlais tout à l'heure qui forment un certain nombre de gens parmi les clochards, quel but ont-ils ? Là, ça devient beaucoup plus discutable.

Un certain nombre d'entre eux va avoir pour but le fait de rester dans une vie de groupe qui n'est jamais satisfaisante, de rester dans des plaintes qui expliquent, entre guillemets, ce pourquoi ils en sont arrivés à galérer. Pourquoi en sont-ils arrivés à galérer ? Parce que leur femme – je ne vous dirai pas ce qu'ils disent de leur femme – s'est tirée et que, depuis, tout s'est barré. Mais, très souvent, leur femme est partie, parce que c'étaient des gens particulièrement vides et parce qu'ils avaient commencé à boire bien avant que leur femme ne parte. Ils continuent d'avoir un certain nombre de buts plus ou moins imaginaires, dans les têtes : aller un peu mieux, changer de foyer, accéder à un CHRS, ne pas rester dans l'urgence, travailler un peu l'expression artistique à tel endroit, etc.

Ce sont aussi des gens qui ont une vie un peu en référence avec des groupes, mais, attention, les groupes à la rue ne sont pas des groupes super cools qui vont porter votre identité. Pas du tout. Ce sont des groupes opportunistes, souvent autour du partage d'un produit, etc. Le jour où vous avez besoin de quelqu'un, ce n'est surtout pas dans ce genre de groupe qu'il faut aller vous référer ! Pour autant, il y a quelque chose dans le groupe qui est étayant (je parlais d'étayage pour les états limites tout à l'heure) par rapport au sentiment d'être un peu tous pareils, parce que, si on est tous pareils, on n'est plus tout à fait seul, que, si on n'est plus tout à fait seul, on souffre un peu moins, etc. C'est un but en soi.

Dans ce groupe, il y a des gens qu'on prend faussement pour des états limites (c'est le fond de ma thèse). J'appelle ces gens des *errants essentiels*.

J'ai dit qu'un état limite est quelqu'un qui a une recherche d'étayage en permanence, qui a toujours besoin de l'autre. Même si c'est très bizarre, il a toujours besoin de l'autre.

Je postule l'existence d'errants essentiels. Pour moi, un errant essentiel est quelqu'un qui ne s'accroche à rien. Là encore, ça ne date pas de ses 18 ans ou de ses 25 ans. Ça existe depuis son enfance. Voilà, dans certains cas, des parcours individuels où rien ne fonctionne jamais.

Par exemple, du fait qu'il y a eu des maltraitances familiales, un enfant est placé à l'Aide Sociale à l'Enfance. Lorsqu'il arrive dans une famille d'accueil à l'âge de 5 ans, c'est un petit garçon qui ne fait pas de bruit, qui parle, qui peut être un peu rassurant, parce qu'il écoute les consignes, qui va pouvoir se mettre dans le pli d'un rythme qui lui est donné mais qui est assez peu personnalisé, parce que, dès qu'il s'agit de questions personnelles, c'est comme si l'enfant n'était pas là. Tous les adultes s'accordent à dire autour de lui : « Cet enfant, ça va, il va à l'école, il ne fait pas de bruit, mais il ne réussit pas bien ». En général, il réussit au minimum ou il réussit mal, mais, en même temps, ce n'est pas l'antisocial de la classe, ce n'est pas le fouteur de merde de la récré, etc., sauf qu'on n'arrive jamais à le prendre. Quand on le prend entre quatre yeux, il dit toujours oui, mais il ne se passe rien et les années passent.

Comment les années passent-elles ? Elles passent avec le fait que, comme dans la famille d'accueil, c'est un peu plus compliqué à un moment donné, il va aller dans une autre famille d'accueil. Comme, généralement, il

est quand même bien abandonné (les parents ne viennent pas, ou, quand ils viennent, ils ne viennent jamais à l'heure, ou ils viennent une fois sur quatre, ou, quand le père vient, il n'est pas regardant sur ce que devient son fils, ou quand la mère a suffisamment de temps libre pour venir, etc., au bout du compte c'est un adolescent qui commence à être en échec dans tout. En même temps, comme il n'est pas si bruyant que ça, il va voir des psys qui disent : « Ça se passe bien » (au sens rassurant où il n'a pas de symptôme majeur relevant en plein de la psychiatrie) alors qu'il ne se passe rien et qu'il n'aborde pas son histoire. « Est-ce que des adultes ont déjà parlé avec lui de son histoire ? », « Oui, mais, quand on le lui dit, il ne s'intéresse pas », « C'est tout ? », « Oui, que veux-tu qu'on fasse ? »

Ceux-là font partie des victorieux de 18 ans qui sortent de là avec l'arrivée royale, impériale, dans l'hébergement d'urgence. Futurs clodos assurés.

Qu'est-ce qui se passe dans la tête d'un enfant comme ça ? Comment peut-on se représenter cet échec de l'accroche à l'autre ? Parce qu'on pourrait se dire que les états limites sont un peu des équilibres limites comme leur nom l'indique, mais ça tient un peu même s'ils peuvent faire des crises, s'ils peuvent avoir des décompensations de temps en temps (ils peuvent se mettre dans la pique, etc). Pourquoi ça ne marche pas pour certains ?

Pour essayer d'y comprendre quelque chose, il faut absolument faire là encore l'hypothèse de traumatismes infantiles majeurs qui s'approcheraient, selon certains psychanalystes, d'un vécu de mort ou vécu agonistique, d'anéantissement, de néantisation.

Qu'est-ce que ça occasionne ?

Voilà un enfant qui, d'un seul coup, se fait par exemple maltraiter, maltraiter, maltraiter, maltraiter. Il n'a aucun recours. Zéro recours. Ça veut dire que, s'il crie, s'il hurle, s'il appelle, rien ne va se passer. Cet enfant est obligé, dans des circonstances comme celles-ci, d'oublier quelque part qu'il est vivant.

On connaît ça aussi chez les adultes. Jean Furtos parle d'auto-exclusion. Par exemple, c'est tellement difficile de vivre à la rue qu'à un moment, la personne en vient à s'abandonner elle-même. Jean Furtos parle d'un processus de « déshabitation de soi ». J'aime cette formulation, je la trouve assez limpide. Déshabiter sa propre existence, son corps, mais aussi sa psyché, l'intérieur de sa tête. On ne pense plus. Voilà ce que ça veut dire.

Pourquoi ne pas imaginer qu'un enfant puisse avoir recours exactement au même type de mécanisme de défense, mais à une période précoce où il n'y a pas d'acquisitions avant ou très peu ?

L'enfant tombe dans cet état de survie psychique et ne s'en relève pas.

Les gens qui ont passé des moments de survie comme un certain nombre de demandeurs d'asile qui ont vécu des choses absolument abominables (la torture, etc.) ont vécu réellement des expériences de néantisation et ils ne se retrouvent jamais dans leur identité tels qu'ils étaient avant.

Un traumatisme grave métamorphose l'identité. On n'est plus jamais après comme on était avant.

On pourrait se dire que les psys réparent des trucs... Non. Quand les choses sont suffisamment graves, il n'y a pas de retour en arrière. On peut essayer d'aménager les choses, mais il n'y aura jamais de retour en arrière pour autant. La métamorphose de l'identité s'est inscrite de manière définitive.

Après un épisode de survie, les gens adultes vont pouvoir re-fonctionner à partir de leurs capacités d'adaptation antérieure et non de leur bon état psychique. Ils vont éventuellement pouvoir retravailler, redire bonjour à la dame, revivre socialement de manière inaperçue, mais, à l'intérieur d'eux, ils vont toujours se dire : « Est-ce que je suis vivant ou est-ce que je suis mort ? » Quand vous êtes psy de ce genre de patients, leur question est : « Suis-je vivant, Docteur, ou suis-je mort ? »

Le parallèle que je faisais était par rapport aux enfants. On peut imaginer que des enfants vivent des expériences de mort psychique. D'en ressortir ne leur permettra probablement plus jamais de s'accrocher à autrui puisqu'ils ont souffert précisément d'une maltraitance : d'une maltraitance par négligence, d'une maltraitance intentionnelle éventuellement, etc.

Au bout du compte, ce sont des enfants qui ne feront plus jamais confiance et qui se replient, comme je le disais, dans cette espèce d'auto-exclusion qui va pouvoir peut-être expliquer pourquoi, malgré les efforts des autres, malgré les paroles des autres, malgré les actions qu'on va pouvoir faire pour eux, ils vont rester dans leur singularité très isolée.

C'est ce que j'ai appelé *l'errance essentielle* que je pense voir à l'œuvre chez un certain nombre de gens de la rue qui s'abîment. On essaie de les accrocher, ils disent toujours oui (« pas de problème, je vais venir », « Oui, pas de problème, on va faire ça »), mais, quand vous venez les chercher, ils ne sont pas là.

Quelque chose résiste toujours strictement dans une espèce d'indifférence à eux-mêmes qui est, là encore, royale et tout à fait inquiétante pour nous en face.

Qu'est-ce qu'on peut faire par rapport à ces errants essentiels ?

Quand ils sont adultes, comme ils ne se sont inscrits dans rien, ils arrivent à la rue. Socialement, voilà une logique tout à fait terrifiante et tout à fait vérifiable. Voilà des gens qui ne se retrouvent dans rien, qui n'ont pas grand-chose à espérer. Qu'est-ce qu'on peut faire pour eux ?

Declerck dit à propos d'une population comme celle-là : « Qu'est-ce qu'on peut faire pour des gens comme ça ? Ouvrir des hospices qui soient, entre guillemets, des bons hospices ». Ils sont oisifs, oui, ils puent, ce n'est pas faux, oui, ils font des choses compliquées que nous n'allons pas admettre comme picoler comme des rats jusqu'à se taper dessus, mais, peut-être que si on leur ouvre des hospices, on va pouvoir les accompagner pour qu'ils soient un peu moins dans cette déglingue. C'est de la déglingue puisqu'ils sont indéniablement dans un processus mortifère bien plus actif que nous, dans la destruction personnelle, mais ils ne sont pas suicidaires. Personne ne se suicide dans cette population-là ou très peu.

On peut peut-être trouver des lieux qui puissent les accompagner dans un peu moins de déglingue et admettre qu'ils existent et pas de faire en sorte qu'ils puissent *ad vitam* être en train de s'excuser d'exister. Donc, admettre qu'ils existent et les accompagner dans ce qu'ils sont, ce qu'ils font, ce qui est encore vivant un peu chez eux, etc.

À Rouen, on a un foyer qui s'appelle l'URAS pour Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale. Ambitieux !

L'URAS est une unité qui s'est ouverte à partir d'un centre d'hébergement d'urgence pour les gueules cassées de la rue, c'est-à-dire les gens vieillissants qui se retrouvent dehors, qui sont des errants – pour bon nombre d'entre eux des errants essentiels très certainement, c'est moi qui le dis – et qui se retrouvent dans un lieu de vie où ils peuvent boire à l'intérieur de la structure. Ils ont une petite chambre individuelle, un minimum de propriété privée et une vie collective qui est à la mesure de ce qu'ils peuvent faire, mais qui existe quand même. C'est la vie quand même, il y a de la vie quand même, dans ces conditions-là.

Si on les laisse dehors, ils vont aller avec l'entropie à une grande vitesse de destruction.

Si on les met dans une structure comme celle-là, ils vont mourir bien plus vite que la moyenne, mais je rappelle que l'espérance de vie à la rue, c'est 30 ans de moins que pour les gens normaux, les gens qui ne sont pas désocialisés. Ça permet de faire que la pente soit un peu moins violente.

Voilà ce qu'on peut faire à mon avis pour les errants adultes et puis avoir aussi une attention éducative et psychologique.

Psychologique pourquoi ? Pour qu'ils aient un peu le sentiment d'exister, il est bien qu'on leur rappelle qu'ils existent et je pense que les psys ne sont pas mal placés pour le faire.

Que peut-on faire pour les errants essentiels enfants ?

Tout d'abord, il faut peut-être postuler qu'ils puissent exister. Quand on se retrouve devant des enfants qui glissent comme des savons, on ne sait pas trop ce qu'ils ont, on ne voit pas trop. On peut peut-être imaginer que quelque chose de l'ordre de l'accroche à l'autre est cassé.

Ce sont encore des enfants. Ça veut dire qu'il y a une plasticité qui est peut-être plus importante – on peut l'espérer en tout cas – qu'à l'âge adulte, à condition de considérer qu'ils n'ont jamais de facilité à s'accrocher. Si nous ne faisons pas le lien, eux ne le feront jamais. Même si on leur propose des liens d'un peu loin, y compris psys, ça ne fonctionnera pas. Il faut donc aller au plus près de ce qu'ils peuvent faire, essayer de connaître, de comprendre, ce fonctionnement et de l'aménager autant que faire se peut, c'est-à-dire d'essayer de leur faire avoir un certain nombre d'expériences qui puissent au moins leur permettre un peu de faire des expériences favorables dans le lien et de ne pas simplement les abandonner au constat d'échec et c'est tout.

François Chobeaux : Merci Olivier pour cette très vaste fresque.

Pour rendre à César ce qui appartient à César, l'expression « Bon pauvres, mauvais pauvres » est de Bronislaw Geremek, un historien polonais qui a énormément travaillé sur le statut des pauvres dans la société occidentale et qui montre que, du Moyen-Âge à aujourd'hui, dans notre culture occidentale, dans notre société occidentale, on a toujours et on continue efficacement à faire une dichotomie très simple, très rassurante, entre les bons pauvres, les gentils, les compliants, les polis, ceux qui ne boivent pas, ceux qui veulent travailler, et les mauvais pauvres, ces salauds de pauvres qui ne veulent rien faire.

Merci Olivier. Tu as alimenté mon ruisseau sur la notion de handicap avec ce que tu as dit à la fin. Declerck répond à la question : « Qu'est-ce qu'on peut faire pour les grands SDF ? », « D'abord, il faut arrêter de les faire chier, arrêter de vouloir les réinsérer. C'est bon, ça va. Foutez-leur la paix ! »

« Foutez-leur la paix », c'est tout à fait légitime. On peut foutre la paix à quelqu'un en le faisant vivre dignement comme tu le dis, mais il faut arrêter de travailler avec nos outils, de bricoler avec nos petits moyens de l'insertion sociale. Ce sont des moyens lourds du médico-social qui sont à mettre en œuvre.

Revenons sur l'errance.

Tu as dit deux choses qui ne vont pas ensemble. Tu as dit que, dans la rue, parmi les populations, il y a pour partie la population des jeunes en errance et, après, que l'errance est tout compte fait une question de construction psychique individuelle.

Il y a des populations errantes ou il y a des individus errants ?

Olivier Jan : Tu as raison de soulever ce point. D'une manière classique, on va parler de populations en errance, parce que c'est une manière de dire, mais c'est un abus de langage. On ne devrait jamais le dire. Quand on dit « jeunes en errance », on ne dit pas « jeunes en errance essentielle ». Encore heureux.

Dans la population des jeunes en errance, indéniablement, il n'y a pas que la même personnalité et ce ne sont pas que des gens trop destroy. Il y a bien sûr des destroy dans les descriptions des *Nomades du vide* par exemple, mais il y a aussi des jeunes qui sont à la rue pour expérimenter un certain nombre de choses. On va dire par abus de langage que ce sont des jeunes en errance, mais ce sont peut-être des jeunes en développement, ce sont peut-être des jeunes en crise, ce sont peut-être des jeunes qui aménagent une fugue, une fugue d'eux-mêmes, etc., mais qui sont peut-être en train de se changer, de trouver par ce biais une évolution, voire une élaboration de leur état. Ça existe.

C'est un abus de langage de dire que ce sont des jeunes en errance.

Dans le groupe de ces jeunes, de ces jeunes sur la route, de ces jeunes des festivals, de ces routards, etc., il y a aussi des jeunes qui vont y rester, y laisser leur peau, parce qu'ils s'y abîment à la vitesse de quelque chose qui n'a jamais marché dans leur tête et, dans cette petite population, ils ne sont jamais capables de faire attention à eux.

C'est le cas quand il s'agit d'errance essentielle où on ne fait pas attention à soi et où la vie n'a pas tellement de valeur.

François Chobeaux : Tu parlais des migrations actuelles. Pour venir de façon construite du bout du monde, il faut avoir un projet, ou être poussé par d'autres, ou être porté par d'autres. À un moment, la réalité de l'errance, c'est-à-dire l'impossibilité de but, se fabrique. Elle se fabrique à Calais, elle se fabrique Porte de la Chapelle à Paris actuellement, où il apparaît évident que la route s'arrête là. Effectivement, on voit pour certains s'inscrire, s'installer, la dynamique d'errance.

Tu dis sur l'errance essentielle qu'elle était écrite avant, qu'elle était sous-jacente avant, et que ça ne frappe pas tout le monde de la même façon.

Olivier Jan : Oui. Je vais donner un exemple pour répondre. La « jungle » de Calais a été démantelée en 2016, à cette époque l'an dernier. Donc, pour permettre de dispatcher les gens venant de Calais, le Gouvernement a inventé les Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO) partout en France. À Rouen, il y en a eu deux dont un spécifique pour les mineurs.

Le dispositif : trois travailleurs sociaux qui n'ont jamais travaillé avec des migrants, qui sont de jeunes volontaires pour faire cela, qui se retrouvent à accueillir – avec des informations fausses la plupart du temps – les gens qui arrivent en car de Calais. Les gens qui arrivent dans ce centre sont des gens qui se sont déclarés mineurs et qui ne souhaitent surtout pas se défaire du but qu'ils avaient au moment où ils sont arrivés à Calais, c'est-à-dire passer en Angleterre.

Les jeunes collègues accueillent ces migrants dans une maison de retraite désaffectée (solidarité entre générations !) et les collègues du travail social font appel à nous en disant : « On remarque qu'un certain nombre de ces gens ne va pas bien. Est-ce que vous pouvez intervenir ? »

Sur la cinquantaine de personnes, on a rencontré une vingtaine de gens (dont certains allaient très mal) qui étaient conduits par les travailleurs sociaux jusqu'à nous, avec des interprètes parce qu'on souhaitait comprendre quelque chose, dans leur langue : personnes d'Afghanistan, du Darfour, du Soudan...

Tous nous ont dit : « On n'attend qu'une seule chose, qu'on nous donne l'autorisation de passer en Angleterre ». Un nous a dit : « Ça fait cinq ans que je suis parti d'Afghanistan. Je suis passé par tel endroit. À tel endroit, j'ai travaillé pendant deux ans. Je suis arrivé à tel endroit, c'était une espèce de zone de transit. Comme j'étais mineur, on m'a amené dans un truc où on m'a vaguement pris en charge, c'était en Italie puis je suis arrivé en France. Là, je suis allé directement là-haut, à Calais. Il s'est passé ce qui s'est passé et me voilà aujourd'hui ». « Oui, mais vous n'avez pas l'air d'être très bien avec tout ça, vous nous avez dit que vous ne dormez pas, que vous mangez très peu, que vous avez perdu du poids », parce que la personne qui nous parle est un type filiforme qui a l'air effectivement de souffrir. Il dit : « Tout est vrai : je ne vais pas bien, je ne dors pas, je ne mange pas, mais, dès que j'arrive en Angleterre, je vais commencer à me soigner. Mais, ici, tout ce que vous allez pouvoir me dire, tout ce qu'on nous a dit, c'est faux depuis le début, vous nous racontez que des conneries, donc ça n'ouvre sur rien tout ce que vous allez faire ». Et repars avec ça !

Effectivement, ce sont donc des jeunes qui ont été un peu contraints ou poussés à faire des demandes d'asile express en France, mais aucun sur les cinquante présents n'a été retenu au titre de l'asile. Donc, qu'est-ce qu'ils ont fait au fur et à mesure ? Ils se sont tous tirés.

Ils sont tous partis avec leur idée originelle qui est une idée extrêmement ancienne quand on écoute les biographies en question. Ce sont des gens qui n'ont que ça dans l'esprit. Ils ne savent même pas comment ça va se passer en Angleterre. J'ai posé la question à tous ces jeunes : là-bas, vous vous attendez à ce que ce soit comment, qui, quoi, qu'est-ce que vous savez de cette vie en Angleterre ? Etc. « On sait qu'en Angleterre, c'est possible de travailler », « On sait qu'en Angleterre, c'est possible » tout court « et c'est là qu'on nous a envoyés ». Parfois, ce sont les familles qui envoient les jeunes. Voilà des jeunes qui sont bloqués dans un but qui continue d'exister.

Lorsqu'il n'y a plus ce but du tout, je pense que c'est une dégringolade pour eux, surtout quand aucune inscription n'est jouable, parce que, comme je l'ai dit tout à l'heure, c'est la vie de trottoir qui leur est proposée. C'est tout. Quoi d'autre ? Parce qu'ils ne sont bienvenus nulle part et qu'on n'a éventuellement qu'une seule idée ici : les raccompagner à la frontière. Mais quelle frontière ? Les renvoyer en Afghanistan, au Soudan ?

Un auditeur : Je travaille dans le Relais Accompagnement Jeunes de la Mission locale de Toulouse, une espèce de club de prévention sans le mot « club » et sans le mot « prévention ».

Je trouve qu'il est très compliqué de poser des étiquettes. Travaillant moi-même avec des jeunes, je ne saurais pas dire exactement le profil puisqu'on accueille tout type de personnes, notamment des demandeurs d'asile et des personnes à la rue. Pour moi, c'est un public relativement assez vaste. Je suis globalement d'accord avec la fresque que vous avez faite de ces jeunes et je m'y retrouve assez. Je parle de mon territoire. Je ne sais pas ailleurs. Je pars du principe que mon travail c'est de les rendre visibles, de les faire connaître à un maximum de personnes autour de moi, de partenaires, etc., et de les orienter sur des soins quand il y a une demande.

Je suis assez d'accord sur le fait que celui-là n'a peut-être pas assez touché le fond pour pouvoir avoir l'énergie nécessaire pour...

Olivier Jan : Ou on n'a pas encore réussi à comprendre comment faire.

L'auditeur : Voilà, ou on n'a pas les clés.

Après, la psychiatrie, c'est quand même super-compliqué. De ma place d'éducateur, je n'ai pas trouvé les clés. Nous n'avons pas de psys ou de psychologues à la rue à Toulouse.

Olivier JAN : Si, je pense qu'il y a une équipe mobile psychiatrie et précarité. Non ? Le Docteur Velut, ça ne vous dit rien ?

L'auditeur : Si, mais il n'est pas à la rue. Il est dans un bureau. Il fait la supervision d'équipes, mais il n'est pas sur le terrain.

Il y a aussi l'équipe mobile sociale et de santé qui est composée d'éducateurs et d'infirmiers, mais on n'est pas sur la psycho. Le travail n'est pas le même.

J'ai lu le livre *Enfants et Adolescents en mutation* de Jean-Paul Gaillard. En gros, il dit qu'on est dans un changement de société. Il y a une transformation psychique des mutants (il appelle les jeunes des mutants) qui ne sont psychiquement pas construits de la même façon que nous. Donc il y a des difficultés autres que pathologiques, etc., et un rapport à l'autorité et à la soumission qui n'est plus du tout le même. Du coup, du fait de cette transformation sociétale profonde qui fait de ces jeunes des mutants, les travailleurs sociaux sont en porte-à-faux, parce qu'ils n'ont plus, comme ils appartiennent au monde vieillissant, les mêmes références pour aborder les jeunes.

Olivier JAN : Je vais répondre en me référant à Jean-Pierre Lebrun, un psychanalyste lacanien. Je ne suis pas lacanien, mais j'aime bien ce qu'il a écrit.

Jean-Pierre Lebrun défend l'idée que la fonction paternelle et l'autorité parentale par exemple sont des notions qui ne peuvent plus avoir la même capacité d'organisation qu'auparavant. Son livre *Un Monde sans limite* orchestre cette façon de considérer la vie sociale, la règle, de façon nouvelle. Par exemple, des parents sont capables de dire à un instituteur : « Mon fils ne voit pas pourquoi on écrirait maison sans z, c'est bien avec un z aussi et on comprend bien maison ».

Oui, on pourrait écrire maison de différentes façons (avec un z ou avec un é), mais le code, la norme, la règle, etc., c'est un « s » dans maison.

Certains parents (et l'enfant derrière) remettent en question *la position d'exception* du maître, du médecin, de celui qui fait référence.

Pour Jean-Pierre Lebrun, ça orchestre ce qu'il appelle des néo-sujets. Un néo-sujet est un sujet qui est capable de plus dévier vers la perversion que le sujet qui a été « dressé », de par sa construction éducative, avec un côté un peu obsessionnel, au respect des normes et des règles.

On est peut-être effectivement dans une société où la perversion prend le pas sur le côté obsessionnel qui était antérieurement l'organisateur. Pas mal de choses font dire ça à cet auteur qui a écrit un autre livre dans cette ligne : *La Perversion ordinaire* avec le sous-titre qui est toujours à rappeler : *Vivre ensemble sans autrui*.

François Chobeaux : Faut-il regretter la société paternaliste compassée, verrouillée, des années soixante, soixante-dix ?

Olivier Jan : Je pense qu'il y a beaucoup de choses à ne jamais regretter de ce côté-là. C'est sûr. Après, je pense que, si j'étais instituteur et qu'un parent venait me dire : « Pourquoi vous écrivez maison avec un s et pas avec un z ? », ça me rendrait malade.

Une auditrice : Je suis donc accompagnatrice sociale au sein d'un CHRS.

Je voudrais rebondir sur ce que vous disiez tout à l'heure sur les sortants de CAO en disant qu'il existe aussi de belles choses. Aujourd'hui, ils sont tous quasiment sortis des CAO. Peu de gens savent où ils sont, ce qui se passe.

Vous dites que l'Angleterre est plus qu'un rêve, que c'est une obsession, mais il est important de dire que, quand nous prenons le temps d'échanger avec eux sur tout ça, on peut éventuellement déconstruire ça en disant : oui, on t'a dit que l'Angleterre, c'était ça, mais il y a un code à respecter au niveau de la famille, de la culture, de ce qui t'a été inculqué, de ce qui t'a été demandé presque.

Je parle de ce que je connais au CHRS à Poitiers. Aujourd'hui, des personnes ont trouvé une insertion, une réinsertion, et elles travaillent. Tout se passe parfois en quelques mois.

J'avais simplement envie de dire que, quelquefois, il existe aussi de belles choses.

Olivier Jan : La question qui va avec, c'est : débouté ou pas débouté ?

L'auditrice : Actuellement, pas débouté.

Olivier Jan : Donc, effectivement, là, ça marche.

L'auditrice : Ça marche.

François Chobeaux : Il y a une sacrée déconstruction à faire pour éviter les illusions et peut-être l'errance par rapport à « En France, tout est possible ». C'est de dire : certes tu es ici, oui, tu as les papiers en règle, mais c'est tout : tu parles très mal français, il n'y a pas de travail pour toi comme il n'y a pas de travail pour tous les autres de ton âge qui ont des diplômes, et il n'y a pas de logement pour toi, parce qu'il n'y a pas de travail pour toi. C'est un sacré travail de mise à l'heure.

Olivier Jan : Tu as raison. Cet aspect de la réalité vient s'opposer à ce qu'ils peuvent imaginer, mais, en même temps, c'est un indice de bonne santé psychique que de pouvoir rêver. Avec des papiers, ça peut être

encore la galère, mais il y a un potentiel de rêverie possible et ça, ça porte la vie aussi, parce que ça porte des projets.

Un auditeur : Je voudrais rebondir sur ce que vous disiez par rapport au parent qui vient voir l'instituteur et qui dit que « maison », c'est avec un z.

Ces parents ont été éduqués selon le standard classique. Pourquoi ces parents en arrivent-ils à ça sans forcément être des parents défaillants ? Ce n'est pas nouveau malheureusement. Ça vient de leurs propres parents qui ont créé ces jeunes, ces futurs adultes, mais pourquoi ces adultes-là ? Avez-vous été jusque-là ou pas ?

Olivier Jan : Il y a plein d'hypothèses. La première est de tirer à boulets rouges sur Mai 68 avec « Il est interdit d'interdire »...

L'auditeur : Oui, sauf que je ne pense pas que ces adultes soient dans ça. On a toujours cette référence à Mai 68, mais je pense que ça vient souvent des gens qui ont fait Mai 68 et qui sont dans cette nostalgie. Je pense que Mai 68 ne parle pas aux adultes de maintenant qui vont voir les instituteurs. C'est juste deux ou trois images.

Olivier Jan : Je m'inscris en faux par rapport à ça. Ça dépend de la manière dont les gens ont suivi les années qui ont suivi 68.

Par exemple, les parents d'un jeune homme que j'ai rencontré en psychothérapie ont vécu pendant longtemps en communauté. Ce jeune homme a fait des études brillantes. Il est dans une capacité de réflexion hors du commun, mais c'est quelqu'un qui ne réussit pas dans la vie, parce qu'il a un certain nombre de freins très névrotiques.

La première chose qui est ressortie dans la psychothérapie de ce jeune homme a été ce sentiment de différence quand il était enfant et qu'il ressentait particulièrement à l'école. Pourquoi ? Parce qu'il se retrouvait dans la cour de récréation avec des enfants qui avaient un père et une mère, qui avaient parfois un père et une mère séparés, mais c'était des gens qui vivaient en couple alors qu'il était un enfant dans une communauté avec plein d'adultes et qu'il appartenait donc un peu à tout le monde même s'il savait très bien qui étaient ses parents, etc., car ce n'était pas dérégulé jusque-là.

Deuxième chose un peu plus intime, un peu plus sexualisée aussi, c'est que, dans la communauté, tout le monde pouvait être à poil à n'importe quel moment.

Qu'est-ce que ça organise ça ? Lui l'a vécu de manière totalement inhibitrice de sa personnalité, comme une honte, etc., mais ça peut orchestrer aussi un référentiel qui n'est pas du tout du côté des limites là où elles sont posées ordinairement. En général, ça dépend peut-être des familles, mais, y compris dans les familles, tout le monde (enfants et parents) n'évolue pas à poil et, beaucoup plus rare encore, tout un groupe (adultes et enfants) ne se ballade pas à poil de manière complètement anarchique.

Peut-être que ça peut être un élément un peu décalé de compréhension pour ce genre de chose par la suite.

Si vous avez intégré qu'après tout, toute règle est relative, vous allez peut-être pouvoir intégrer aussi le fait que les choses sont relatives, une espèce de relativisme culturel qui s'adresserait à l'intérieur des familles aussi et, pourquoi pas, aussi aux normes établies. Pas de normes.

Je ne sais pas si ça répond bien.

L'auditeur : Si. L'exemple est bon, mais je ne suis pas persuadé qu'une majorité d'adultes actuels a vécu ce genre de chose. Mais pourquoi pas ?

Pour revenir aux années soixante, soixante-dix, en France, on est quand même des champions pour toujours opposer des modèles alors qu'on peut très bien respecter les codes tout en ayant une dose de liberté, parce qu'on entend souvent ça et je crois que c'est un jeu national qui ne s'arrêtera pas, mais on adore ça.

François Chobeaux : Mais ces parents présentés par Lebrun vont bien réussir à trouver une école alternative où, pour ne pas frustrer leur petit, on lui apprendra à écrire comme il veut.

Une auditrice : Il dit autre chose Lebrun.

Olivier Jan : Oui. Il peut dire plein d'autres choses.

L'auditrice : Ce qui me hérisse, c'est le discours contre Mai 68.

Olivier Jan : Je n'ai aucun discours contre Mai 68. Si tu as compris ça, tu m'as mal entendu.

L'auditrice : J'ai mal compris, mais je tiens à le préciser, parce que je l'entends beaucoup. Je suis formatrice. Chez les étudiants : « C'est la faute à Mai 68 ».

Je précise que le rapport à l'autorité en mai 68 était autre chose qu'aujourd'hui. « Il est interdit d'interdire » veut dire tout autre chose que d'être contre l'autorité. C'est contre l'autoritarisme, contre le pouvoir. C'étaient des rapports de force. Ça n'a rien à voir avec l'éducation.

Pour compléter ce que tu dis Olivier, il me semble que, dans *Un Monde sans limite*, Lebrun fait l'hypothèse que les sciences et les espoirs de la science remplacent les religions, parce qu'aujourd'hui, la science dit que tout est possible, y compris de ne pas mourir et que l'homme pourrait donc continuer à vivre et à ne jamais mourir puisqu'on va le réparer de partout.

« Avec les sciences, tout deviendrait possible, donc il n'y aurait plus de limites » est quelque chose qui se distille petit à petit, comme si le monde devenait sans limite. On le voit bien dans notre rapport à notre consommation par rapport à la planète. Tout est possible, il n'y a plus de limites.

Il y a quelque chose de cet ordre qui fait que quelque chose de l'ordre de la fonction paternelle ne serait plus opérationnel, que notre rapport à la limite ne serait plus opérationnel.

Un auditeur : Je suis assistant social en addictologie à Strasbourg.

Pour revenir sur ce que vous disiez sur « maison avec z », j'ai eu la chance de participer à une journée organisée par la Fédération d'Addiction à Paris.

Il y a eu une intervention d'un professeur de psychologie qui a écrit un certain nombre d'ouvrages, sur la psychopathologie du lien dans les sociétés modernes. Dans sa conclusion que j'ai trouvée très claire, il expliquait que, dans notre société moderne, par rapport à énormément de points qui seraient un peu longs d'aborder ici, on intériorisait tous une fragilité du lien, c'est-à-dire le fait qu'il puisse s'arrêter rapidement ou tout court, et que, face à cette réalité, la réponse qui s'était imposée majoritairement était que le lien de filiation permettait d'ancrer une relation moins friable, plus permanente, plus sécurisante aussi et que, du fait de cette réponse, il s'était opéré un virage important dans l'éducation, à savoir que, contrairement à une éducation où l'enfant suivait, l'enfant était au cœur de la dynamique familiale dans ce qu'on appelle une éducation négociée.

Dans le modèle éducatif classique où la fonction paternelle était présente, l'enfant n'avait pas forcément droit au chapitre sans que cette impossibilité soit installée manière violente, et il était communément admis que l'enfant n'avait pas ni à négocier ni à donner son point de vue, qu'il devait suivre ce qui était considéré comme bon par les parents.

Aujourd'hui, on est dans une éducation plus négociée, notamment parce que l'enfant est devenu une ressource au sein de l'équilibre psychologique du parent et que le parent est aussi dépendant psychologiquement de l'existence de son enfant que l'enfant à l'égard du parent. À travers cette évolution, on peut comprendre pourquoi des parents en arrivent à aller voir des instituteurs en leur disant : « Si mon fils a envie que ce soit avec un z, pourquoi ça ne serait pas possible ? »

Olivier Jan : Dans ce que tu dis, c'est comme s'il y avait une hiérarchie entre les liens. C'est sûrement vrai tout le temps.

Jusque-là, il n'y avait pas nécessité pour les parents de remettre en question les codes. Ce qui peut faire symptôme, c'est de se dire : est-ce si important d'avoir un code commun ?

Un auditeur : Une anecdote par rapport à l'école. Je ne suis pas très vieux, mais je pense que mes parents viennent d'une autre génération. Je me rappelle d'une phrase toute simple : « Je ne dis pas que l'institutrice a raison, mais c'est l'institutrice et c'est ce qu'elle a dit ». On entendait que le parent n'était pas forcément d'accord et que l'institutrice n'avait pas forcément toujours raison, mais que la fonction était structurante.

Olivier Jan : C'est ça. C'est la référence d'exception qui est remise en question. C'est là où il y a un souci.

François Chobeaux : Pour qu'il y ait surinvestissement, il faut qu'il y ait lien au moins.

Une auditrice : Je suis infirmière à l'équipe d'interface SDF à Lyon.

Je voudrais revenir sur l'errance essentielle. J'ai trouvé que, dans la description que vous en faisiez, certes un peu rapide du fait du temps, il y a pour moi une teinte de désordre autistique. Je voudrais donc faire préciser, parce que j'imagine que ça ne doit pas être ça, sinon vous l'auriez appelé comme ça.

Olivier Jan : Justement. L'autiste est complètement infra-langage. Il y a quelque chose qui n'est pas de l'ordre du traumatisme probablement dans l'autisme. C'est une affaire beaucoup plus complexe. Peut-être que c'est une affaire de lien. Je pense aussi en ces termes.

Pour certains, l'autisme est une affaire strictement génétique. On peut probablement admettre qu'il y a des composantes génétiques, mais, en même temps, indéniablement, il se passe aussi un certain nombre de choses entre les parents et un enfant autiste qui ont, à mon avis, à être explorées.

L'autisme n'est pas seulement une pathologie du lien alors que, dans ce que je vous raconte, oui, il y a quelque chose qui s'est structuré chez un enfant qui n'était pas fait pour aller mal à un moment donné et qui vient pour des raisons externes. Il y a quelque chose d'extérieur, comme un traumatisme extérieur, qui vient chez cet enfant ravager une dynamique qui aurait été toute autre sans cet événement.

Ce repli est de l'ordre de l'auto-exclusion.

Vous appartenez à l'équipe qui a travaillé avec Michel Bon pendant bien longtemps et qui est à Lyon, la patrie de Jean Furtos. Si vous relisez ce qu'a écrit Furtos sur l'auto-exclusion, vous verrez que ça n'a rien à voir avec l'autisme. Les gens sont construits et ils en viennent à l'âge adulte à ce type de dynamique.

L'auto-exclusion est une défense active telle que la défend Furtos, c'est-à-dire que, pour ne pas souffrir, pour ne pas voir pleinement ce que je suis en train de vivre, je vais progressivement disparaître, disparaître de moi-même. Je ne vous verrai plus ou plus vraiment, ça ne me fera rien de vous voir, etc.

C'est exactement ce type de dynamique que j'ai essayé d'imaginer chez l'enfant.

Si vous voulez plus de précisions je vous renvoie à ma thèse, en ligne sur le site Jeunes en errance.

Une auditrice : Je suis travailleuse sociale. Je fais partie d'une équipe qui maraude à Saint-Nazaire en partenariat notamment avec une EMPP.

Je voudrais revenir sur les gens psychotiques à la rue.

Vous parlez de gens délirants qui se cherchent, que ce n'est pas une errance, etc. Nous rencontrons régulièrement des gens qui délirent, etc. Je trouve que ce qui est compliqué, c'est de savoir, comme vous l'avez un peu évoqué, à partir de quand on doit intervenir sur une hospitalisation. On peut les voir délirants, mais à quel moment ça nécessite une hospitalisation ?

Sur le secteur, on a notamment un monsieur qui est dans une très grande précarité et pour lequel l'échange est impossible, d'une part, parce qu'il n'est pas français, et d'autre part, parce qu'il a un langage qui ne correspond à rien. On a une veille sur des choses physiques (plaies, etc.), mais on peut parfois être en désaccord avec la psychiatrie sur : faut-il l'hospitaliser ? Est-il en capacité de nous demander de l'aide alors qu'il est dans cet état psychique ? Par rapport à toutes ces notions, je trouve que c'est très compliqué,

sachant qu'on a parfois vu des gens qui étaient délirants pendant un mois mais qu'on n'a pas fait hospitaliser, passer à l'acte suicidaire, et ils sont morts.

Olivier Jan : Nous avons aussi ces questions et c'est aussi compliqué pour nous.

Il y a un aspect que je n'ai pas développé. Pour moi, c'est un progrès quand les gens qui sont délirants à la rue sont d'accord pour venir dans un centre d'hébergement d'urgence. Parfois, on les pousse un peu, on essaie de négocier, ils semblent ne pas nous entendre et, un beau jour, ils viennent pour qu'on fasse la démarche.

Quand les gens sont dans un centre d'hébergement d'urgence, délirants, plus ou en moins en incurie, mais qui ne font de mal à personne et qui ne se mettent pas en danger, est-ce qu'il faut qu'on leur saute dessus dans le centre, sachant que ce refuge n'est pas un hôpital psychiatrique et que, sans nous, ils seraient de toute façon tolérés ? Là, ce serait nous qui viendrions dire : « Il y a un problème. Le monsieur a l'air de déparler un peu. C'est de la psychiatrie ».

Je pense qu'il faut faire très attention à ça.

Dans notre équipe, on est actuellement en bisbille grave, parce qu'on n'a pas les mêmes options. Les échanges qu'on a sont éventuellement riches, mais les options sont parfois opposées... Je me suis rendu compte que je pensais parfois avoir vraiment raison et qu'après coup, je me suis dit : « Ce que dit l'autre est understandable » sur : si on laisse la personne comme ça pendant dix ans, on sait bien que ce sera pire dans dix ans. On est face à un dilemme éthique.

Je pense, parce que ça me laisse plus tranquille, que si un truc un peu hors du commun se dévoile, comme quelqu'un qui va, dans sa chambre d'hébergement d'urgence qui n'est pas privative, se mettre à collectionner des flacons d'urine sous son lit ou des choses comme ça, ça fait symptôme supplémentaire quand même et qu'on peut peut-être alors intervenir.

S'il y a une agression, je pense légitime qu'on intervienne et que la structure intervienne au titre de sa responsabilité dans l'accueil d'un public multiple.

Il y a plein de choses. On ne peut jamais se passer de se poser en permanence ces questions en équipe.

François Chobeaux : Sortons d'une équipe mobile pour aller vers une équipe du social.

En 2005 le ministère de l'action sociale et de la santé a publié une plaquette *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*. Ce document très concret est sorti parce que de plus en plus de gens à la rue présentaient des signes de psychopathologie non-négligeables. Elle traite de comment se dépatouille-t-on de ça ? Sur qui s'appuie-t-on ? Vers qui se tourner ? Que peut-on faire en tant que non-spécialiste de la psy ? Tout ceci est toujours à réfléchir dans les métiers du social, de l'urgence sociale ou de la rue, parce qu'il est évident qu'il y a une compétence, peut-être pas à acquérir mais à assumer, sur le thème d'une première ligne d'écoute ou de structuration, plutôt que de dire : « Je refile ça à Olivier, il passera demain ».

Olivier Jan : Première chose, comme n'importe qui (le travailleur social comme le psy, le boucher, le charcutier, l'épicière, la concierge), on va tous voir que quelqu'un n'est pas normal au titre en tout cas du délire. Il ne faut pas être grand clerc pour voir que quelqu'un est à côté de la réalité.

Deuxième chose, un travailleur social peut dire des choses. Très souvent, lorsque les gens commencent à parler de choses un peu profondes, même si ce ne sont pas des fous, ils disent : « Ce n'est pas pour moi, je vais vous adresser vers quelqu'un d'autre ». Non ! Parfois, il vaut mieux prendre le temps d'assumer d'être là et, là aussi, de signifier aux gens que ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd, plutôt que de tout de suite botter en touche, de faire une orientation qui, quelquefois, ne se fait pas bien, parce que cette orientation n'est pas médiatisée. Il vaut mieux que les gens s'impliquent et assurent le fait d'accompagner.

À mon avis, c'est comme ça que ça marche mieux, en tout cas avec les gens les plus précaires.

Autre chose, les gens délirants qui se pointent peuvent être des usagers modèles des dispositifs. Ils ne font pas de bruit, ils viennent à l'heure, ils sont d'accord, ils se lavent, etc.

Ils se sont trouvé des petits aménagements défensifs et des petits lieux où ils peuvent exister. Qui sommes-nous donc, nous de la psychiatrie, pour remettre ça en question ?

Je pense qu'on n'est pas là pour faire du nettoyage social. On est là pour permettre à des gens de continuer de vivre le moins mal possible. On n'a pas à prendre une position de cow-boy. C'est ce qui nous sépare beaucoup en ce moment avec certains médecins avec lesquels on travaille.

Un auditeur : Je travaille dans un accueil de jour pour personnes sans abri à Nancy et on est aussi équipe du SAMU social. On fait des maraudes, on rencontre des gens avec des problématiques également psy.

On s'est rendu compte qu'il y avait une notion de temps par rapport à ces personnes psy qui est complètement différente de la nôtre. On voit du danger ou de l'insécurité dans des moments ou des endroits où la personne n'en voit pas.

Je pense à un monsieur en particulier que j'ai vu pour la première fois en 2013 qui est passé sur le service une semaine, puis qui est reparti six mois, puis qui est revenu et est resté quinze jours, puis qui est reparti six mois et est revenu, et est resté un mois, etc. Il a réussi à faire presque un an en restant sur l'accueil de jour et en acceptant, un hiver, d'être pris en charge par l'équipe du SAMU social, le 115, et les hébergements d'urgence, ce qu'on pensait impossible au départ parce qu'on parlait d'une personne en errance – je ne sais pas laquelle –, mais en tout cas en tant que personne qui erre dans les rues et qui ne fait rien alors qu'il faisait plein de choses même si on ne comprenait pas quoi.

On a aussi une EMPP avec laquelle on travaille. Elle vient aussi faire des maraudes et elle est aussi sur notre service deux fois par semaine.

On laisse à ces personnes le temps quand elles acceptent de venir, en tout cas d'être présentes.

Je pense que cette notion de temps est hyper-importante. Nous allons voir des choses, parce qu'on a peut-être vu certaines choses se passer à un moment donné avec certaines personnes, mais peut-être que ça ne se passera pas avec cette personne et qu'il se débloquera peut-être des choses en laissant le temps à la personne de venir tout simplement.

Par exemple, une personne qui n'acceptait pas de faire des lessives a réussi, après trois ans, à faire une machine à laver. Pour nous, ça a été fantastique qu'il accepte de faire une machine à laver, parce qu'il voyait des microbes partout et qu'il ne voulait pas mettre son linge dans la machine, parce que la machine était pleine de microbes. Il a accepté au bout de trois ans de faire ce pas.

Je trouve que la notion de temps est quelque chose d'hyper-important dans le travail social et que, parfois, on oublie de laisser le temps à la personne de s'intégrer et de prendre ses marques dans différents endroits et, ce, peu importe le public.

Olivier Jan : C'est vrai. Tout à fait.

Un auditeur : Je voudrais revenir sur votre précédente remarque à propos du lien entre les aidants, les soignants et les équipes de travailleurs sociaux que nous sommes. Je suis en stage en CHRS.

Il y a parfois des situations où on reste sans réponse de la part des soignants, parce que nous ne sommes que travailleurs sociaux et que nous ne pouvons pas envisager la réalité complexe de la personne. Je parle de ça notamment pour les maisons relais ou les pensions de famille où, parfois, une prescription médicale aide au dossier d'accès.

Olivier Jan : Merci d'en venir à ça. Effectivement, c'est quelque chose qui m'a très souvent surpris.

Dans l'article dont j'ai parlé tout à l'heure « Si l'hôpital ne se fout plus de la charité, le principe actif du travail partenarial », je dénonce ce côté-là. Vous travaillez avec des gens qui vont mal, etc., il y a pas loin un CMP (ou une EMPP si les gens n'ont pas encore suffisamment réfléchi), mais vous allez être dépositaire de plein de choses de la vie du patient et c'est vous qui portez la demande, comme on dit. Ok, pas de souci, bienvenue pour nous comme ça, mais, dans plein d'endroits, quand s'exerce ce que j'appelle la *psychiatrie péremptoire*, à part le médecin, le psychologue ou l'infirmier dans ce système, nul à l'extérieur du champ ne pourra dire la vérité et encore moins la messe.

Par exemple, si vous accompagnez votre usager dont vous savez très bien qu'il délire, qu'il a une terrible souffrance abandonnique, ou qu'il a des idées suicidaires, donc des choses un peu intéressantes comme ça, et que le médecin – je ne dis pas ça contre les médecins, ça peut être autant un psychologue ou un infirmier – qui vous reçoit vous dit : « Je n'écoute que la parole du monsieur. Pouvez-vous retourner dans la salle d'attente ? », le praticien va se retrouver devant une personne qui est mal préparée pour parler comme je le disais tout à l'heure, qui sera en difficulté pour dire les choses, et l'usager, qui va se retrouver devant cet accueil pas du tout empathique, que fait-il ? Il la ferme, parce que que faites-vous quand vous êtes un peu effrayé ? Vous la fermez. En tout cas, c'est ce que je fais.

Le médecin va donc dire : « Vous reviendrez quand le patient sera mûr », sauf que, si vous qui êtes autorisé par le patient, que vous avez écouté, à porter sa parole, vous aviez pu faire ce travail, peut-être que l'usager en question serait rentré tout de suite dans les soins. C'est ce qui est complètement révoltant. Pour moi, c'est une perte de temps, c'est stupide, c'est vraiment contre-productif pour tout le monde et en particulier pour le patient potentiel.

Deuxième chose, effectivement, la psychiatrie péremptoire ne supporte pas que d'autres qu'elle puissent avoir des choses à dire sur un état. Pourtant, comme je le disais tout à l'heure, la concierge, vous, moi, n'importe qui dans la rue, voit facilement que quelqu'un va super mal. On peut donc annoncer des choses. Mais cette espèce de pré-diagnostic que peuvent faire les uns et les autres, en particulier les travailleurs sociaux qui sont au quotidien dans l'accompagnement des gens, tombe dans les oubliettes stupides. Ça peut arriver. Je crains que cela arrive assez souvent.

Pour compléter, dans une équipe, il n'y a jamais une seule personne. Si vous avez le sentiment que vous avez été mal reçu, que la personne a vraiment besoin, rappelez le cadre infirmier par exemple, rappelez un infirmier, une autre personne. Essayez de voir. Parfois, ce n'est pas possible d'en rester à ça, surtout quand vous avez affaire à quelqu'un qui est en train de décompenser gentiment à côté de vous. Il faut être têtu.

Un auditeur : Je suis éducateur spécialisé. Je travaille en ITEP et j'accompagne des grands adolescents qui sont en sortie d'accompagnement (d'ASE, d'ITEP, etc.).

Je voudrais rebondir sur ce que vous disiez. Peut-être parce que je travaille dans un ITEP, le travailleur social n'est pas une machine. L'éducateur ne vient pas faire juste un acte, etc. Son travail a une dimension soignante qui est très importante. Ça rejoint ce que Monsieur disait tout à l'heure sur la machine à laver. On n'est pas là juste pour dire : « Lui ne va pas bien, on va aller voir un psychologue » ou « On va aller voir un psychiatre », ou « On va alerter ».

Mon intervention a une dimension soignante. J'accompagne des jeunes qui ne vont pas bien, des psychotiques, etc., qui ont tout un tas de difficultés. On fait avec au quotidien.

On n'est pas là juste pour donner l'alerte. Ce qu'on fait apporte aussi du soin à la personne.

J'attendais votre intervention à ce niveau-là. Pour moi, elle n'est pas suffisante. Ça va beaucoup plus loin.

Ce que je fais apporte quelque chose aux jeunes, ça apporte aussi aux familles. On ne parle pas des familles, mais, même quand la personne est en errance, il y a parfois encore du lien même si le lien, ce n'est pas la relation.

J'attendais ça. Pour moi, le travailleur social apporte du soin. Ce que je fais, c'est soignant et je ne suis pas là que pour alerter le psychologue, le spécialiste ou je ne sais qui. Mon travail au quotidien est là.

Olivier Jan : Tout à fait. Encore heureux.

C'est la différence entre le *care* et le *cure*. Je pense que c'est ce que vous voulez dire.

Oui, on prend soin. Les uns et les autres, on prend soin. Après, il y a des actes de soin qui sont plus spécifiquement du soin, entre guillemets, médical et technique. C'est le *cure* comme disent les Anglais.

Le *care*, c'est faire attention, prendre attention, prendre soin, au sens d'une attention globale et c'est ce qu'on partage les uns et les autres dans des accompagnements.

L'auditeur : Vous parliez d'équipe. Il y a donc un travail interdisciplinaire, pluridisciplinaire, et c'est vraiment important. J'anime des ateliers d'écriture, plein d'ateliers. L'expression est importante. On accompagne les jeunes et les moins jeunes à se découvrir, à parler, à prendre la parole, à créer une relation.

Peut-être pour les SDF qui sont plus âgés, mais en tout cas pour les plus jeunes, pour ceux qui sont dans ce profil abandonnique, je crois qu'on peut expérimenter la relation et dire à l'enfant : « Tu vois, il y a quelque chose qui est possible, tu peux faire confiance à nouveau ». C'est un travail long. Nous travaillons sur des notifications MDPH qui ont trois ans, parfois sur six ans, voire un peu plus. Apprendre à un enfant n'est pas le travail d'un thérapeute, mais celui d'un éducateur, des moniteurs-éducateurs et des éducateurs spécialisés en formation.

C'est aussi notre travail d'amener le jeune à expérimenter la relation à travers le transfert, le contre-transfert, parce qu'on n'est pas des machines, qu'on n'est pas des robots. Ça nous fait aussi quelque chose. On donne de nous. C'est important.

Une auditrice : Je suis chef de service à Saint-Nazaire auprès de trois équipes : une équipe de maraude et de veille sociale, une équipe qui travaille sur un centre d'hébergement d'urgence pour hommes seuls et de Lits Halte Soins Santé. Je voudrais intervenir sur deux points.

Première chose, deux notions vont m'intéresser à travailler avec les équipes par rapport aux missions que nous avons tous à mettre en œuvre : la notion d'effort et la notion de non-naturel, qui sont parfois oubliées alors qu'elles sont mobilisées quotidiennement par l'ensemble des intervenants, qu'elles prennent de l'énergie, mais qui sont toujours à réinterroger pour mener au mieux les missions. En tout cas, ça m'interpelle et je pense que je vais réactiver ces deux notions dans le travail.

Deuxième chose, un témoignage sur la notion de jeunes migrants et de moins jeunes.

Il y avait des témoignages que je partage sur le fait qu'il y a des situations de migration où les gens ne savent pas où ils vont, vers quoi ils vont. En l'occurrence, à Casablanca (où je vais marauder pour me reposer de mes activités), il y a des centaines de gens (qu'on nomme subsahariens là-bas) qui savent parfaitement là où ils vont, ce qui les attend, qui a coulé sous le bateau, à quel endroit ils vont arriver à Nantes pour avoir quels papiers, qui savent parfaitement les refus qu'ils auront.

C'est aussi important d'avoir cette notion aussi bien au départ, quand on est sur cette veille, mais aussi à l'arrivée, parce qu'il y a ceux qui ne savent pas et ceux qui sont arrivés jusque-là en parfaite connaissance de cause.

Olivier Jan : Oui, bien sûr.

Une auditrice : Je suis éducatrice en prévention spécialisée dans la Sarthe.

Je voulais vous remercier pour le lien « travailleur social et santé ». C'est aussi vrai qu'on soit en milieu extérieur ou en structure. En tout cas souvent dans le quotidien, de plus en plus, on a un social qui travaille à travers des dossiers uniques, des commissions. On se retrouve à faire des synthèses avec des gens qui n'ont jamais vu la personne. Ils ne savent pas si elle est rousse, est blonde, etc. On a donc un énorme travail de lien à faire et on n'en a jamais fait autant.

On dit aux jeunes : « On est éducateur de rue, on ne va pas faire des réunions tout le temps », mais on y va de plus en plus à leur demande (c'est ce qu'on remarque aussi dans toutes les équipes, que ce soit quartier ou centre-ville), parce que le jeune a besoin de sentir qu'on va parler de quelqu'un qui correspond à ce qu'il est au moment où le dossier va passer en commission. Or, les délais font que la temporalité est assez insaisissable.

Si on n'est pas témoin de ce lien à la personne, on fonctionne au dossier. On fonctionne même aux numéros en tout cas dans la Sarthe.

Commission, dossier unique, synthèse, c'est une artillerie très déshumanisée et dépersonnalisée.

Je crois que le rôle du travailleur social, c'est de mettre un nom, un prénom, du quotidien, des expériences. J'ai donc bien aimé ce lien à la santé prise globalement.

Olivier Jan : Vous avez raison et vous avez très intérêt à défendre ça parce que c'est quelque chose de plus en plus répandu, y compris dans le monde de l'hébergement et de l'hébergement d'urgence, avec des instructions de dossier un peu étranges pour entrer en CHRS, en tout cas à distance. Bientôt, il n'y aura plus que des travailleurs sociaux derrière des hygiaphones ou même peut-être plus personne : une borne, et ce sera suffisant. On croit délirer par rapport à il y a quinze ans.

Un auditeur : Je travaille au SAO 65.

On oppose effectivement parfois le social et la psychiatrie (les rapports sont assez complexes). On a une EMPP avec une personne qui a eu, dans son cursus de formation, la chance de travailler avec les équipes parisiennes, mais cette personne ne nous a rien apporté sur le terrain, parce qu'elle a été prise par le poids institutionnel de l'hôpital public qui l'a écrasée. Alors que cette infirmière a une expérience très intéressante, elle ne nous fait retour de rien. C'est dommageable.

Olivier Jan : Quel est le territoire ?

L'auditeur : Les Hautes-Pyrénées. L'EMPP est aujourd'hui réduite dans son action parce qu'il y a des médecins qui sont dans ce rapport de pleins pouvoirs. Ce n'est pas seulement par rapport au social. C'est l'équipe même en interne qui est réduite. Il faut qu'ils fassent trois entretiens, puis ils doivent passer le relais au médecin. C'est intravaillable. C'est donc très complexe.

On a un doute sur le sens de la mise en place d'une telle équipe. On s'aperçoit que ce n'est qu'une stratégie financière et que ça n'a pas beaucoup d'intérêt sur un territoire où on a pourtant besoin de cette compétence.

Olivier Jan : Oui, l'avenir peut inquiéter. Il y a encore des lieux où on peut travailler autrement, mais il y a un peu cette tendance de reprise médicale comme si tout devait passer par le médecin à nouveau, une espèce de grand retour vers le passé, avec l'idée aussi de la responsabilité médicale, du médicament, avec l'idée qu'une EMPP, c'est très bien, mais qu'il faut très vite passer à l'équipe du secteur, sachant que le secteur n'a jamais les moyens de faire les choses.

Il y a plein d'endroits où l'action, qui était normalement une action généreuse des EMPP, est une action enfreinte, parce que la disponibilité psychique des médecins n'est pas portée à ça. Et pas que des médecins parfois.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET SENTIMENTS D'IDENTITE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SDF

Conférence de Gaétan Langlard

Je viens de Rouen. Je suis docteur en psychologie, ma thèse portait sur la population SDF avec un travail sur et auprès de ces personnes. Je travaille depuis 2010 (travaux de master et de doctorat) sur ce sujet d'étude.

Je me suis intéressé globalement à la prise en charge des personnes sans domicile fixe pour comprendre ce qui n'allait pas dans la prise en charge, voir ce qu'on pouvait mettre en place pour faciliter, pourquoi pas, l'insertion de ces personnes et, dans une autre mesure, identifier les souffrances et les problématiques soit pour enserrer, soit pour pallier leurs souffrances.

On identifie deux courants théoriques dans les écrits et la littérature sur les SDF. Il y a un courant sociologique qui met en avant des causes structurelles, collectives, etc., pour expliquer ce phénomène, et un courant psychologique, psychiatrique, centré sur des causes individuelles. On constate alors qu'on a un peu de mal à s'intéresser à l'entre-deux, c'est-à-dire à la personne considérée dans son environnement social.

Pour traiter cette problématique SDF, je me suis centré sur les sentiments d'identité puisque l'identité a à la fois une part individuelle et une part sociale. On est en effet composé de nos expériences individuelles, de nos relations précoces, etc., et on est également fait du regard de l'autre, de la société, d'une appartenance sociale, etc. L'identité est donc le point de jonction permettant de comprendre l'individu avec ses problématiques personnelles, dans un contexte social, ce qui permet de faire le pont entre le social, l'individuel, le psychologique, d'arrêter les clivages et d'avoir un autre regard sur les souffrances des personnes SDF.

Le sentiment de permanence de soi, le sentiment de sécurité, le sentiment de maîtrise, le sentiment d'appartenance, le sentiment d'existence (il peut y en avoir d'autres, mais je vais m'intéresser à ceux-là) fondent ce qu'on appelle les sentiments d'identité. Ces éléments sont nécessaires à tout individu pour vivre et apprécier les expériences subjectives, avoir un sentiment d'être, d'existence, etc. Or, on se rend compte que, quand on est en situation d'exclusion (dans la situation SDF, on est exclu, on est dans un contexte dur, on est maltraité, on a eu des énormes carences par le passé, etc.), ces sentiments vont être mis à mal notamment par la situation sociale. Ces personnes vont alors mettre en place différentes stratégies pour pallier les effets de l'exclusion sur leur sentiment d'identité. Ces stratégies peuvent renforcer leur désocialisation (en optant par exemple pour la stratégie de boire toute la journée) ou peuvent au contraire favoriser leur insertion.

Afin de cerner au mieux ces stratégies, pouvant être qualifiées d'adaptation, voire de sur-adaptation, il y a nécessité de les mettre en relief avec les atteintes identitaires et ce que la personne met en place pour continuer à vivre, voire à survivre, dans sa situation d'exclusion. On reviendra ensuite sur chacun de ces sentiments d'identité.

Lorsque l'on parle de la souffrance psychique on devrait toujours ajouter « d'origine sociale ». Je parlerai aussi d'une autre souffrance psychique, qui n'est pas encore très définie. On verra qu'une absence de souffrance peut être une souffrance psychique, au même titre qu'une souffrance peut être également une souffrance psychique. Et c'est bien en rapport avec les atteintes identitaires qu'on pourra penser cette souffrance psychique.

Je vous proposerai un modèle en santé mentale que j'ai mis en place pour comprendre la désocialisation, qui permet de s'extraire de la linéarité des modèles classiques de la désocialisation.

Trois populations distinctes

Pour ma démonstration, je vais systématiquement comparer trois populations SDF qui se différencient par leur type de prise en charge. Ce découpage assez arbitraire permet de voir des stratégies différentes chez ces populations en fonction de leur type de prise en charge. Je rappelle que le dispositif d'aide sociale est pensé de la façon suivante : dans un premier temps la personne SDF va dans un centre d'hébergement d'urgence puis elle sera orientée dans un second temps vers un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui a pour mission le retour à l'emploi et au logement de la personne.

Hébergement d'urgence : La première population concerne les SDF qui sont en hébergement d'urgence, c'est-à-dire ceux qui sont hébergés juste la nuit, qui refont une demande le lendemain, qui parfois sont à la rue, reviennent, etc., qui n'ont aucune stabilité. Je précise que ce que je dis ici concerne une population SDF rouennaise ; la réalité à Rouen n'est pas la réalité d'autres villes, mais je pense qu'il y a des points communs. La personne appelle le 115 et on voit s'il y a de la place. Je rappelle que l'hébergement d'urgence vise la mise à l'abri immédiate, normalement inconditionnelle, de la personne, mais quand il n'y a pas de place, il n'y a pas de place. À Rouen, ces personnes sont accueillies dans des chambres collectives bien que séparées par de petits box, avec les odeurs, bruits, etc. Ils ont passé en moyenne quatre ans et demi dans leur situation SDF. Le manque de place en hébergement d'urgence fait que les personnes sont hébergées trois nuits puis doivent passer six nuits dehors. Ces personnes viennent le soir puis sont remises à la rue le matin, et doivent donc chaque jour reformuler leur demande.

Structure d'insertion : La deuxième population concerne les SDF inscrits dans un CHRS, une population censée être plus proche de l'insertion. En France, l'insertion a pour objet le retour à l'emploi et au logement. On ne pense pas vraiment au lien social, on pense surtout d'abord « logement » et ensuite « emploi », parce qu'il n'y a plus d'emplois. Dans ces centres, l'hébergement est complet. Il va être de jour comme de nuit, en chambre individuelle. Ces personnes disposent d'un suivi socio-éducatif, et trop rarement psychologique. En général, la personne est accueillie durant six mois qui peuvent être renouvelables, donc on n'est plus dans l'urgence ni la grande précarité, on n'est pas remis à la rue chaque jour. La prise en charge se déroule souvent sur un an, un an et demi, et si ça ne marche pas, on met la personne dehors et elle retourne dans le circuit de l'urgence avant de retenter sa chance en CHRS, etc.

Ici l'admission est sélective en comparaison avec l'admission normalement inconditionnelle des Centres d'Hébergement d'Urgence, ceci au sens où la personne doit être en mesure de demander de l'aide. Si elle ne demande rien, elle ne sera pas en situation d'accéder au dispositif. Ces personnes doivent avancer un projet professionnel ou d'insertion pas forcément très compliqué, au moins pour dire : « J'ai envie de m'en sortir », ce qui est déjà un premier critère de sélection. Ces personnes doivent arrêter de boire toute la journée, sinon ce n'est pas possible. Ces personnes ne doivent pas avoir de chiens. Ces personnes ne doivent pas être en couple. Etc. Tout ça fait que c'est la frange la plus capable ou la mieux lotie qui va réussir à accéder au dispositif, par rapport aux gens en galère qui sont dans la rue ou en hébergement d'urgence.

Structure de stabilisation : La troisième population SDF étudiée est extrêmement désocialisée, on pourrait la qualifier de clocharde, en tout cas ce sont des gens qui, dans mon échantillon, ont en moyenne un parcours SDF long de quinze années. Ces SDF sont pris en charge dans une structure alternative dite de stabilisation qui vise la réadaptation à la vie sociale de la personne. On ne demande pas à ces personnes de s'insérer, mais on ne les laisse pas dans la rue. On va leur donner une chambre, on va les laisser vivre dedans des années s'ils le veulent, on va les laisser boire de l'alcool, on va les laisser mendier, on va les laisser vivre leur vie de SDF, de clochard, sans les enquiquiner avec l'insertion. Ils pourront y rester des mois, des années et

assez souvent jusqu'à leur mort. Ils ne font pas forcément une demande pour intégrer cette structure, à l'inverse des structures d'insertion. Ce sont les travailleurs sociaux qui, à force de voir quelqu'un dans l'échec, c'est-à-dire rater l'insertion, rester dans l'urgence pendant des années, vont dire : « Il faut arrêter d'essayer d'insérer cette personne, parce que c'est violent et qu'elle n'y arrive pas, donc on va lui proposer ce lieu, une chambre individuelle et un repas le midi et le soir ». Elle pourra donc rester dans l'institution, elle pourra s'alcooliser dans l'institution, elle pourra boire et fumer dans sa chambre, etc. On est donc sur quelque chose d'alternatif dans le sens où on n'est plus sur la conception de l'urgence ou de l'insertion. On prend en charge des gens qui ne sont pas réinsérables, qui de fait sont irrécupérables. Ce n'est pas dit comme ça dans les textes officiels, parce que ce n'est pas admis socialement, mais on sait bien que c'est comme ça.

La description de ces trois populations SDF étant faite, on va maintenant s'intéresser aux atteintes des sentiments d'identité et aux stratégies mises en place par les SDF.

Le sentiment de permanence de soi

Le sentiment de permanence de soi est l'idée d'une conception stable et durable que l'individu a de lui-même. Chacun a son histoire, mais, vous, moi, on va dire que, quand tout va bien, on a l'impression d'être le même que par le passé même si on a changé (je suis devenu psy, j'ai déménagé, etc.). On a beau changer, connaître des ruptures, des crises, on a la sensation d'être la même personne qu'avant et que ce sera valable également dans l'avenir.

Ce sentiment de permanence de soi est réellement mis à mal par la situation SDF et notamment la mise à la rue. Pour beaucoup, la perte du logement peut entraîner une discontinuité identitaire (on parle de tomber dans la rue ou d'être mis à la rue, voire carrément de devenir SDF). Pour le coup, il y a un avant et un après mise à la rue. Les gens disent : « Je n'étais pas du tout comme ça avant. Là, il faut que je redevienne comme avant. Ce n'est pas moi celui que vous voyez. Avant, j'avais un emploi », etc. La situation SDF fait qu'il y a un avant et un après comme un traumatisme finalement avec une vraie rupture, une discontinuité.

La situation SDF entraîne une perturbation temporelle très importante. Quand on vit dans la rue, le temps n'a plus sa valeur organisatrice. On vit dans l'instant présent et si on peut penser à demain, on pense rarement à après-demain. Nous, nous sommes assez bien structurés. On se dit : « Dans un mois, je pars faire du ski ». Si ça ne va pas, on se dit : « Ça va s'arranger avec le temps ». On a cette projection dans l'avenir qui fait que le temps est organisateur. Chez beaucoup de personnes SDF en état de traumatisme, le temps a perdu sa valeur organisatrice, il ne passe plus, il est immédiat. Dire « dans un mois » n'a pas de sens pour ces personnes, elles vivent dans l'instant présent. Il faut savoir que, quand on est SDF, le temps est très chronophage. Si on veut juste manger, il faut aller à telle heure à tel endroit. Si on veut acheter une bouteille, il faut mendier. Il faut appeler le 115 avant 18 heures, sinon on n'a pas de place. Ensuite, on est remis à la rue. Finalement, on perd énormément de temps et tout est chronophage même s'il ne se passe rien. Le temps stagne dans un présent où rien ne se passe, où tout se répète. Leur temporalité est donc totalement en décalage avec le temps citoyen, le temps institutionnel, le temps de la société, le temps où on travaille de 9 heures à 17 heures, avec des jours où on n'est pas là, etc. On va donc dire à ces personnes : « Si vous voulez nous voir, si vous voulez qu'on vous aide, il faut venir dans une semaine à 9 heures 30 », parce que notre agenda a un sens alors que ça ne veut plus rien dire pour elles. Cela fait que, comme ces personnes sont perturbées temporellement, ce qui est normal, elles lâchent l'affaire et elles n'ont alors plus accès aux soins, à l'insertion, etc. C'est donc peut-être à nous de nous adapter, c'est-à-dire de gérer l'urgence, de gérer l'instant présent, de mettre en place des dispositifs innovants, etc. On n'accuse personne, mais ce décalage fait que la prise en charge est compliquée avec ces gens pour qui l'instant présent prime.

Cette permanence de soi, c'est-à-dire le sentiment d'être le même que par le passé et dans l'avenir, passe également par la mise en place d'un récit, le récit de sa vie, et aussi la narration du récit de qui on est. Il y a bien sûr des nuances dans tous les groupes, mais il faut comprendre que le récit peut changer et qu'il faut le prendre en compte dans la prise en charge.

Hébergement d'urgence : Dans l'hébergement d'urgence, beaucoup font part d'un récit que j'ai appelé pseudo-logique, c'est-à-dire qu'ils mettent en avant une chaîne causale d'évènements qui explique leur situation. « Vous savez, c'est compliqué, j'avais une femme, je me suis séparé et, du coup, l'alcool, du coup, je me suis drogué, du coup, j'étais déprimé aussi, donc j'ai lâché mon boulot, donc j'ai été licencié, donc j'ai été expulsé, donc, je me retrouve à la rue ». On a souvent des explications comme ça que les personnes vont donner aussi pour légitimer leur situation, pour montrer qu'elles ont subi une vie un peu compliquée, parce que, quand on les reçoit, c'est toujours : « Qu'est-ce qui vous est arrivé ? » Ces personnes mettent donc en avant une chaîne d'évènements qui légitiment leur situation SDF et qui légitiment les autres, c'est-à-dire le bénévole, le travailleur social, le psychologue, et qu'elles vont finir par s'approprier, à force de le raconter.

Je ne dis pas en train que ces personnes mentent. Ce n'est pas l'idée. On se raconte tous des histoires. Dès qu'on raconte un peu notre vie on change nos souvenirs, on se donne une consistance. À force de la raconter, ces personnes vont donc s'accrocher à cette histoire de leur déchéance dans laquelle elles sont, parce qu'elle leur va bien : « OK, séparation, dépression, licenciement, expulsion. Ça va, ça roule, c'est cohérent. Je mets un sens ». On va ainsi voir ces personnes s'accrocher à ce récit pseudo-logique qui marque le traumatisme de leur situation. À la fin, ils vont dire notamment : « J'explique pourquoi je suis tombé aussi bas, mais je n'étais pas comme ça avant et je n'arrive pas à intégrer cette histoire pour rebondir dans l'avenir ». Ces personnes sont dans une discontinuité identitaire (ce sont des gens qui ont aussi souvent subi énormément de ruptures depuis leur enfance). Il y a un avant et un après et, leur histoire, ce sont ces évènements, mais elles ne vont pas se dire : « J'ai déconné, maintenant, je vais me ressaisir, je vais me servir de mes erreurs et je vais rebondir ». Elles vont dire : « Ma situation n'est pas possible, il faut que je revienne comme c'était avant ». Il n'y a pas de travail d'élaboration sur lequel elles pourraient s'appuyer et peut-être rebondir, ou en tout cas faire avec pour aller de l'avant. Quand on leur dit : « Dans l'avenir, vous vous voyez comment ? » c'est : « Moi, il faut que je redevienne comme avant, j'avais un boulot, c'était très bien, on va refaire ça ». On a cette discontinuité vraiment franche et pas vraiment de projection dans l'avenir à part ce retour en arrière souhaité.

Structure d'insertion : Ici, ce sont des personnes un peu plus compétentes au sens où elles ont réussi à dire ou à faire semblant de dire : « Je veux qu'on m'aide », « J'aimerais bien avoir un emploi », « J'aimerais bien avoir un logement », « J'ai envie de m'en sortir », c'est-à-dire tout ce qu'il faut pour avoir un projet d'insertion qui tienne la route. Ces personnes ont aussi une chaîne d'évènements un peu logique. Elles vont aussi mettre en avant des évènements durs, mais également une responsabilité personnelle qui est souvent la leur, c'est-à-dire une attribution personnelle, qui est une norme sociale très bien vue par tout le dispositif d'insertion. Elles vont dire : « J'étais alcoolique, mais j'aurais dû me ressaisir. Maintenant, j'ai bien compris et je ne referais pas les mêmes erreurs, et je peux rebondir ». Cette norme sociale est : nous allons l'aider, mais c'est à la personne de se reprendre en main et de faire tout pour s'en sortir. On voudra donc davantage aider la personne qui dit : « J'ai déconné, mais c'est ma faute, je m'en rends compte, c'est moi, j'arrête de boire, je me mets sous traitement, après je recherche un boulot. Donc, vous, vous m'accompagnez, je vous dis merci, c'est très bien », qu'une personne qui va dire : « De toute façon, c'est la faute de la société, vous me réinsérez, ce n'est pas ma faute ». On est sur une norme sociale qui est une norme d'autonomie individuelle

où la personne doit être actrice de sa vie et ça passe par les contrats d'engagement et, si on rompt le contrat, c'est qu'on a déconné, parce qu'on aurait dû être au rendez-vous, etc.

Ces personnes vont mettre aussi en avant un récit idéalisé. Quand on leur demande : « Dans l'avenir, vous vous voyez comment, qu'est-ce que vous espérez ? », elles vont avoir des projections dans l'avenir. Elles vont dire : « Je veux un emploi », « Je veux avoir une vie structurée », « J'aimerais bien avoir une femme », « J'aimerais bien avoir des enfants », « J'aimerais bien reprendre contact avec mes enfants », etc. Tout ça est bien joli bien sûr, mais, tout ça, c'est de la norme et ce sont souvent des choses calquées. C'est un peu le métro-boulot-dodo-enfant. Il y a un modèle idéal de vie, eux vont s'y accrocher, tant mieux pour eux, ça va arranger tout le monde : ça va arranger le travailleur social, ça va arranger le dispositif, ça va arranger la société, parce que quelqu'un qui va avoir un boulot, une petite famille, ça nous arrange tous. Ces personnes vont s'y tenir, vont croire à ce récit, et ça va leur permettre une continuité identitaire, parce qu'elles ont un passé, un avenir, et que ça leur donne une certaine consistance, tout en sachant que tout ça est un leurre et qu'il y aura quand même un souci. Par exemple, la personne va dire : « Cette fois, je veux travailler » alors que, toute sa vie, elle n'a jamais su garder un emploi, ou « L'alcool, c'est fini » alors qu'elle a toujours bu, ou « Mes enfants, je vais les appeler et je vais les revoir » alors que ça fait dix ans qu'ils sont placés et qu'aucun lien de parent-enfant n'a été créé. En tout cas, il y a l'illusion de : « C'est bon, je vais me reprendre » alors que ce n'est pas si simple et qu'elles risquent d'être de nouveau confrontées à des échecs : échec du lien, etc.

Ce que je dis n'est pas fataliste, mais on est sur des choses comme ça qui sont aussi soutenues par la société et par le dispositif. On va dire : « Oui, il faut faciliter ça » alors que la plupart de ces personnes sont sur l'échec d'une vie en général. En tout cas, elles vont avoir une responsabilité personnelle, un avenir idéalisé sur lequel elles peuvent s'accrocher. Par rapport à tout ça, notre rôle n'est pas de déconstruire ce récit. Sur une psychothérapie ou sur un travail à long terme, on pourrait éventuellement toucher deux, trois points, mais, quand la personne nous dit ça, il ne s'agit pas de casser le récit, parce que, si on casse le récit, on casse la personne. Le récit, c'est aussi l'identité de la personne et elle s'y raccroche. Sans ce récit elle n'est plus rien.

Structure de stabilisation : Concernant maintenant les personnes accueillies en structure de stabilisation, bien qu'elles aient une chambre individuelle, que tout aille bien au niveau de la stabilité de l'hébergement, ce sont des personnes qui sont extrêmement désocialisées, proches des clochards. Comme on les voit mendier dans la rue, pour nous, ce sont des clochards, sauf qu'ils ne dorment pas dans la rue la nuit. Ces personnes ont une absence totale de réflexibilité, c'est-à-dire aucun regard sur leur vie passée, sur leur vie présente et sur leur vie future, donc pas de projections dans l'avenir.

Quand on s'intéresse à leur récit (« Racontez-moi votre histoire », « Racontez-moi pourquoi vous êtes là », « Parlez-moi de vous »), on n'a ni le récit idéalisé, ni la chaîne pseudo-logique causale. On n'a rien. On a une histoire fragmentée, floue et confuse. On a des bribes d'anecdotes. Ces personnes ont vingt ans de rue (ce sont les institutions ou les travailleurs sociaux qui nous le disent, parce qu'elles les connaissent du fait que ça fait vingt ans qu'elles sont dans le circuit). Elles sont donc plus âgées, elles ont au moins 40 ans, elles ont donc un bagage, mais, quand on a un parcours comme ça, on est déjà des vieillards. Ces personnes vont raconter une histoire hyper-fragmentée. Par exemple, un gars m'a raconté qu'il était marin et qu'à un moment donné, il a eu un problème de dos et qu'il ne pouvait donc plus être marin, mais tout allait bien : il avait sa femme. Puis, forcément, il s'est retrouvé dans la rue et voilà où on en est aujourd'hui. Quarante ans d'histoire là-dessus. L'enfance ? Oui, ça se passait bien. Votre femme ? Là, c'est très confus. Les dates n'ont plus de sens, mais ça n'a aucun sens comme leur histoire n'a aucun sens. Elle est hyper-fragmentée et eux n'ont pas

de réflexibilité, pas de regard sur leur vie. Une autre fois, c'est une personne qui venait du Sud-Ouest, donc son identité c'était depuis toujours le gars du Sud-Ouest qui connaissait un peu le rugby et les autres disaient : « Lui, on peut parler rugby avec lui ». Il était connu comme ça. Son histoire, c'était quasiment que ça à part dire qu'il avait eu un grave accident de voiture responsable de sa situation. Une autre personne avait eu le BAFA, donc c'était : « J'étais animateur », mais c'était il y a vingt-cinq ans et on ne sait pas ce qui s'est passé durant toute cette vie. Ces narrations vont faire tenir partiellement les personnes qui vont se raccrocher à ces fragments de récit.

Quand on accompagne ces personnes, l'idée n'est pas forcément de dire : « J'aimerais vraiment savoir ce qu'a été son enfance », de faire ressortir des éléments du passé, de mettre de la temporalité dans tout ça, parce que ça peut les faire s'écrouler. C'est une défense de ne pas avoir d'histoire, de ne pas avoir de permanence de soi.

Le sentiment de sécurité

Le sentiment de sécurité est un sentiment très fondamental puisqu'il s'agit pour l'individu de pouvoir s'appuyer sur un cadre qui puisse contenir et porter. Cela renvoie alors à une stabilité du sol, c'est-à-dire de ne pas être trimbalé à droite et à gauche, afin de pouvoir se dire : « Là, c'est un lieu où on est sûr », « Là, ça va se passer comme ça », « Là, j'aurai une certaine prévisibilité », etc. La stabilité va permettre à la personne d'évoluer dans un environnement qui présente suffisamment de normes, de lois fixes, de repères et de constances. C'est extrêmement important au niveau structurel pour l'individu, parce que, quand on n'a pas tout ça, on ne peut pas penser, on ne peut pas se projeter, on est dans un état d'anxiété ou d'angoisse qui est énorme, etc. Cette sécurité est donc nécessaire, et ce, dès la plus petite enfance. Winnicott qui a travaillé notamment avec les bébés disait à propos du *holding* : « Un bébé a besoin d'être porté par la mère, sinon il n'a pas la sécurité. Il ne peut ni être rassuré, ni faire de lien, ni investiguer l'environnement, etc. ». Ce besoin qui est porté par la mère se retrouve à l'âge adulte dans le cadre sociétal, dans la stabilité du sol, dans l'environnement, etc. C'est donc vraiment quelque chose de fondamental de la naissance à la vie adulte. Les bras maternels sont finalement un peu des bras sociaux. La société doit proposer ce cadre protecteur. On imagine donc bien qu'en état d'exclusion, ce cadre n'est pas terrible.

On peut faire un parallèle avec les fonctions de l'habitat et les possibilités pour l'individu d'habiter. L'habitat n'est pas uniquement un abri, un toit. On peut habiter dans la rue. Il y a des endroits où on peut habiter et d'autres où on ne peut pas. C'est une conjonction entre un espace et un individu. Et il y a différents critères pour être en mesure d'habiter un espace : 1) Il y a le degré d'appropriation possible : est-ce qu'on peut s'approprier un espace ? Mettre des affaires, faire une déco, l'investir, etc., permet d'habiter un espace. On comprend bien que ce n'est pas forcément une propriété privée. Ça peut être un squat, ça peut être un coin de rue. C'est plus simple quand c'est notre chambre bien sûr. 2) Il y a la visibilité de l'espace privé. Si on est sous les yeux de tout le monde, c'est compliqué. On peut réussir à habiter dans l'espace public, mais c'est compliqué, on est en proie à des violations. 3) Et il y a un minimum de temps d'occupation de cet espace. Si on va dans un lieu et qu'on nous dit : « Dans une heure, il faut partir » ou « Demain, il faut quitter le lieu », on ne peut pas habiter ce lieu. Il faut pouvoir y rester un peu. Je parle de l'habitat pour faire un parallèle avec le sentiment de sécurité. Quand on peut habiter quelque chose, on a un début de sentiment de sécurité, parce qu'on a des repères, qu'on a un cadre contenant, qu'on a des éléments de sécurité. On sait qu'on pourra y aller dans l'avenir. On sait qu'on sera à l'abri des autres, des regards, d'une agression. On sait qu'on pourra l'investir, y avoir des désirs, y inviter des gens, etc.

On va maintenant voir comment ce sentiment de sécurité est mis à mal dans les différentes populations SDF et comment il peut être négocié.

Hébergement d'urgence : En hébergement d'urgence il y a une instabilité totale, donc une possibilité d'habiter vraiment mise à mal, parce que, je le rappelle, ces personnes sont remises à la rue le lendemain. Elles ne peuvent donc pas investir cet habitat dans le temps. De plus elles sont souvent agressées physiquement, verbalement. Ce sont des lieux où il y a vraiment une concentration de tout : du grand clochard, de l'alcoolisé, une promiscuité hallucinante. Lisez Declerck et d'autres auteurs qui décrivent la vie dans ces centres d'hébergement. Dans les asiles de nuit, est réunie toute la belle population SDF dans son ensemble. Il y a des gens qui viennent de tomber à la rue, des gens qui sont en train de vomir, qui titubent et tous ces gens mangent à la même table. C'est hyper-violent. On est mis à mal par les odeurs, par les cris. Parfois, on se fait bousculer physiquement. Il y a une insécurité totale. On dort dans des chambres collectives. On ne peut pas poser nos affaires parce qu'on va se faire voler, etc. Tout ça pour dire qu'on a une impossibilité d'habiter dans les centres d'hébergement d'urgence, notamment collectifs. Je généralise peut être un peu trop. J'imagine que, dans d'autres villes, ce n'est pas pareil, mais, dans certains dispositifs, c'est plus compliqué que dans d'autres. Chez ces personnes qui n'ont pas de repères, qui sont mises à la rue chaque matin, qui sont sans cesse agressées, qui sont lâchées à la limite, il y a un état de détresse parce qu'il n'y a rien à quoi elles peuvent se raccrocher. Elles ne peuvent pas se dire : « Il faut que je me calme, je vais aller dans ma chambre ». Elles sont tout le temps en état de vigilance. Du fait d'une sécurité zéro on est sur une impossibilité d'habiter, parce que les personnes ne peuvent pas s'approprier le lieu, qu'il n'y a pas d'intimité, qu'il n'y a pas d'investissements dans le temps.

Structure d'insertion : En structure d'insertion, même si ça change selon les CHRS, il y a cette idée du contrat qui va les engager sur six mois renouvelables. Les personnes vont pouvoir se dire, même si le temps est limité : « Là, j'ai une phase de répit où je vais pouvoir me poser », « Je vais pouvoir rester la journée dans le foyer », « Je vais pouvoir fermer ma chambre », ce qui veut dire : « Je vais pouvoir poser mes affaires ». Cependant, elles ne vont pas pouvoir investir trop ce lieu, le décorer par exemple, parce qu'en CHRS, on a du mal avec l'habitat. Quand les personnes commencent à trop investir leur chambre, on leur dit : « Non, la télé, ce n'est pas le moment », parce qu'il faudra partir dans deux mois. Donc, en fait, tu habites là, tu te poses, mais tu ne l'investis pas trop, parce qu'il va falloir foutre le camp à un moment. Il y a quand même une forme d'habitat possible en CHRS. Il y a possibilité de s'isoler. Certains disent : « Là, je vais péter un plomb, donc je vais dans ma chambre ». Ils ont la capacité d'avoir de l'intimité, mais sur un temps limité. On est donc sur une possibilité d'habiter partiellement. Ça dépend des endroits, mais, en général, on essaie de faire sentir à la personne qu'il faut qu'elle se pose, mais qu'il ne faut pas qu'elle y reste longtemps. « Il faut habiter, mais il faut rebondir. On ne va pas toujours être là ». Sur les fins de prise en charge, on est un peu embêté, parce qu'il va falloir dire à la personne de partir alors que ça fait deux ans qu'elle est là. Tout le monde est un peu mal : les travailleurs sociaux, la personne elle-même, etc.

Cette possibilité d'habiter va donc nourrir le sentiment de sécurité, soulager l'anxiété, l'angoisse, mais ça va être partiel parce qu'on n'est pas sur du réel habitat.

Structure de stabilisation : Les personnes accueillies dans cette structure de stabilisation disposent d'une chambre individuelle. Là, les personnes vont pouvoir rester des années. On ne va pas leur dire de partir. Elles ont donc la possibilité d'habiter dans le temps, même parfois de mourir dans leur chambre. Elles ont la possibilité de l'investir. Certaines mettent des aquariums. Elles ont toutes leur radio. Elles y mettent leurs affaires. Il y a une odeur bien à elles, parce que ça fume toute la journée, mais c'est leur chambre. Il y a de l'habitation dans ce sens-là.

Comme je l'ai dit, elles vivent dans l'instant présent. Elles n'ont pas de réflexibilité sur leur passé. Elles savent qu'elles ne vont pas être embêtées sauf si elles sont violentes, parce qu'on ne supporte pas la violence en institution. Si on commence à taper sur son voisin, on est viré. Si on ne tape pas sur son voisin, ça va normalement à peu près. Ces personnes picolent tous les jours. Chaque matin le travailleur social va leur remettre, puisque leur argent est géré, 5 ou 10 euros qu'ils achètent leur bouteille de vin, leur paquet de cigarettes, etc. À 9 heures, ils vont acheter leur bouteille de rouge. À 10 heures, ils vont boire dans un coin. À midi, ils vont revenir peut-être pour manger. Après, ils vont faire une sieste dans le parc. Après, ils vont mendier, etc. Il y a donc une routine avec des repères immuables, figés. Ce sont toujours les mêmes et pendant des années. Pour autant, ce sentiment de sécurité d'habitat n'est pas vraiment structurant dans le sens où les repères qu'ils trouvent sont immuables et figés. On ne peut donc pas toucher à ces repères au risque de mettre vraiment mal la personne. Si on y touchait, la personne serait vraiment mal. On a l'impression que ces personnes ne font rien de leur journée, mais leur quotidien est extrêmement organisé. En tant que chercheur j'allais tous les jours sur les lieux pour faire des entretiens en me disant que ces personnes seraient disponibles puisqu'elles ne font rien. En fait, elles ne font pas rien. Si la personne doit être à 100 mètres près du mur, si on veut lui donner un rendez-vous pour discuter à l'heure où elle doit être à 100 mètres près du mur, ce ne sera pas possible. Elle ne sera pas au rendez-vous. Elle ne fait rien, mais il faut qu'elle soit à 100 mètres près du mur à telle heure. On ne peut pas toucher à ces repères. C'est en ça que ce n'est pas très structurant. C'est une fausse sécurité, une fausse possibilité d'habiter, dans le sens où, pour qu'il y ait sécurité, il faut qu'il y ait un cadre souple et sécurisant. Quand tout est immuable, quand on ne peut rien toucher, quand c'est répétitif, ça devient mortifère. Finalement, la valeur organisatrice du sentiment de sécurité n'est pas vraiment là. Par contre, au niveau de l'angoisse et de l'anxiété, ça apaise complètement. On a donc quand même un effet positif. Si on leur dit : « Aujourd'hui, pas de promenade ou pas d'alcool » ça va être la crise, ou la personne va dire : « Je m'en fous, je me barre ». On ne va donc pas pouvoir lui dire ça. Je vais faire une parenthèse. Quand une personne n'a plus rien, quand elle n'a plus que son corps, elle peut parfois habiter dans une enveloppe corporelle, c'est-à-dire sa peau, ce qui l'entoure, ce que Franck Mathieu appelle le « manteau cloacal ». Par analogie il parle de proto-habitat pour parler du manteau cloacal. Le manteau cloacal est une seconde peau psychique composée de merdes, d'odeurs, de vêtements sales, de plaies, de cicatrices, etc. On a l'impression que ces habits, les odeurs, etc., c'est-à-dire ce manteau cloacal, font partie intégrante de ces clochards. Ce manteau cloacal protège au sens où ça enfouit la vie psychique et ça protège des atteintes extérieures. Ça va protéger de l'exclusion, de la stigmatisation, du regard des autres, etc. Quand on voit ces personnes, on se dit : « Il doit y avoir une souffrance incroyable ». On se dit : « On serait eux, on se laverait, ça ne serait pas possible ». Mais eux vont réussir à maintenir ça. Ils ont des bosses, des bleus, ils titubent et on aurait envie de leur dire par identification : « Vous devez avoir mal, allez vous soigner, allez vous laver, changez d'habits ». Finalement, ces personnes arrivent à ne plus souffrir. Certaines ont des gangrènes, des plaies horribles. Ça ne serait pas supportable pour nous, mais, pour elles, c'est protecteur et ça a aussi une fonction de lien social dans le sens où il y a un échange du fait qu'on va attaquer l'autre par l'odeur, par la vision. En revanche, on va mettre à distance dans le même temps l'autre personne, parce qu'on pue. On est donc un peu aussi sur de l'auto-exclusion, parce qu'on ne favorise pas réellement le lien. Par contre, on tape dans l'œil ou le nez de la personne qui passe. Tout ça pour dire que, quand on n'a ni habitat, ni rien, on peut avoir encore ce manteau cloacal qui permet d'enfouir la vie psychique et, finalement, de ne plus souffrir, etc. Encore une fois, on est donc toujours sur cette idée de défense qui ne sert pas à rien. Si vous voyez quelqu'un comme ça, il ne faut donc pas contraindre la personne à aller se laver, parce que c'est protecteur. Si on commence à forcer la personne à se

raser, à mettre de nouveaux habits, etc., ce n'est pas forcément la solution. On va peut-être mettre à mal ce manteau et, finalement, la personne va souffrir. C'est donc un travail lent, long, etc., toujours dans l'idée que, tout ça, ce sont des stratégies et des défenses qu'il faut identifier pour comprendre la dynamique de ces personnes.

Le sentiment de maîtrise

Le sentiment de maîtrise est l'idée d'avoir un certain contrôle sur son environnement et globalement sur sa vie. En tout cas, on arrive à se sentir un peu acteur et un peu (pas forcément pleinement) maître de ce qui nous arrive.

Hébergement d'urgence : Les personnes en hébergement d'urgence vont mettre en avant un contrôle interne. Elles vont souvent dire qu'elles ont l'impression de maîtriser leur environnement et leur vie bien qu'elles ne maîtrisent rien du tout puisqu'elles sont baladées, soit de structure en structure, soit de structure à la rue, et qu'elles n'ont aucun moyen de s'extraire de leur situation. Il ressort des tests psychologiques un sentiment de contrôle interne assez paradoxal qui est à comprendre comme une défense, parce que ce serait trop compliqué de se dire qu'elles ne maîtrisent rien. Ces personnes essaient donc de reprendre le contrôle sur un environnement immaîtrisable, de reprendre le contrôle sur des petites choses. Par exemple, elles disent : « J'essaie de ne pas m'acheter des roulées, parce que, si je m'achète des roulées, c'est que c'est fini », « J'essaie de ne pas ramasser les mégots par terre, parce que, si je commence à faire ça, c'est vraiment que je suis tombé tout en bas ». Ces prises de contrôle leur permettent de se dire : « J'ai encore un peu la maîtrise sur ça ». Elles vont s'accrocher à ça pour pallier à *minima* cette sensation de chute libre. Ces personnes ont aussi le sentiment d'être fortement contrôlées par le dispositif, c'est-à-dire les entités supérieures comme l'État, le chef de service, le foyer, l'assistante sociale, le travailleur social, etc., enfin toutes les personnes qui s'occupent d'eux. C'est très lié à l'instrumentalisation du dispositif. Quand on n'a pas le choix et qu'on nous dit : « Il n'y a pas de place demain, il faut être à la rue », on se prend forcément le dispositif en pleine figure. Quand on nous dit : « Tu es obligé de venir me voir pour avoir le RSA », on est sous contrôle de l'autre.

Structure d'insertion : Les personnes en insertion ont un contrôle interne dominant et un sentiment de maîtrise puisqu'elles se sentent responsables de leur situation dans la mesure où elles ont mis en place un projet pour s'en sortir. Ce sentiment de maîtrise est très en phase avec les dispositifs et la norme sociale d'internalité. On leur a dit qu'il fallait être acteur, on leur a dit que, pour trouver un travail, il fallait y aller soi-même, on leur dit que le RSA était contractuel et qu'il fallait le mériter. Ces personnes ont donc bien intégré que, si elles ne sont pas acteurs, elles vont être *out*. Si elles ont même été prises en CHRS, ce n'est peut-être pas pour rien, mais parce qu'elles ont mis en avant un sentiment de maîtrise. Il y a toutefois un paradoxe dans ces dispositifs d'insertion. On n'arrête pas de dire aux personnes : « Il faut que tu te prennes en main » (on tutoie beaucoup dans le social, on appelle beaucoup les personnes par leur prénom, ce sujet de la dignité humaine pourrait aussi être à méditer dans la discussion), « Il faut que tu trouves un boulot » et, en même temps, on les assiste complètement puisque chaque démarche de la personne passe par le référent (le référent social, le référent éducatif, etc.) : « C'est bien, tu as raison, tu écris tes trucs, tu fais tes demandes de stage, mais surtout tu me le dis, il faut avoir des petits rendez-vous », « Il faut que tu sois autonome, il faut que tu retrouves une vie sociale, mais tu ne découches pas parce que tu t'es trouvé une copine ». Elles ne peuvent pas inviter des gens dans leur chambre. Alors que ces personnes sont en train de retrouver une vie sociale, on leur dit : « Si tu es avec quelqu'un et tu découches, tu es viré, donc non ». Il y a donc ce truc du : « Oui, il faut être autonome, mais il faut que tu sois encore assisté en tout cas le temps de la prise en charge ».

Structure de stabilisation : En structure de stabilisation, ces grands désocialisés ont une absence de maîtrise totale tant ils vivent au jour le jour. Ils peuvent avoir un sentiment de maîtrise sur leur quotidien dans le sens où, par exemple, s'ils veulent faire une sieste, ils la font, mais, finalement, ils ne maîtrisent pas tout ça. Tout est dû au hasard. Le paradoxe, c'est que les personnes sont très infantilisées (on va leur donner leur argent de poche chaque jour ou tous les deux jours pour les plus autonomes, on va leur dire : « Il faut se laver parce que tu as fait sur toi et que c'est dérangeant pour les autres », etc., on est quasiment sur du soin à un enfant, mais ces personnes n'ont pas la sensation d'être infantilisées. En urgence ce dispositif leur pèse. Ici, elles vont dire : « Non, c'est bon, tout roule ». Elles ne se rendent pas compte qu'elles sont infantilisées. Le fait qu'il n'y a pas cette souffrance de l'instrumentalisation et de l'infantilisation du dispositif montre bien une atteinte identitaire importante puisqu'il n'y a même plus la conscience de soi. Le sentiment d'identité a disparu. Certains parlent de disparition de soi, mais on peut aussi parler de disparition des sentiments d'identité.

Le sentiment d'appartenance sociale

Hébergement d'urgence : Le sentiment d'appartenance sociale est capital. On peut se sentir appartenir ou pas à des groupes sociaux. Lorsqu'on questionne les SDF sur leur vision et leur degré d'appartenance au groupe SDF (« Vous voyez comment les autres SDF ? », « Vous vous sentez proches des autres SDF ? », etc.), ils disent qu'ils sont à mille lieues des SDF, que les SDF sont tous de gros dégueulasses, des irrécupérables, des clochards et qu'eux ne sont pas comme ça. Pour les personnes en hébergement urgence c'est la volonté de ne jamais rejoindre cette image du grand clochard. Du coup elles vont se mettre à distance de cette figure qui les met très mal. Logiquement, quand on se met à distance des SDF, on peut imaginer qu'on va se rapprocher du groupe des gens insérés. Or, quand on demande à ces personnes comment elles se trouvent par rapport aux gens insérés, comme vous, moi, les passants, etc., elles se trouvent très différentes des gens insérés. Je suis dans la rue, je suis en train de mendier, je suis comme les autres SDF, sauf que je refuse complètement l'appartenance aux SDF, parce que c'est trop insoutenable, mais je ne vais pas pour autant pouvoir me rapprocher de la population insérée.

On retrouve en hébergement d'urgence, globalement, un conflit identitaire énorme au niveau de l'appartenance sociale puisqu'on n'appartient à aucun groupe, ni aux SDF qu'ils rejettent, ni à la population insérée qui les stigmatise.

Structure d'insertion : En structure d'insertion, les personnes ont parfois des petits boulots, elles font parfois des activités très mal rémunérées : elles vont repeindre le bâtiment, elles vont chercher un stage. Elles vont être quand même bien habillées, parce qu'elles ont une chambre et qu'elles vont prendre soin d'elles, etc. Elles vont donc dire : « Moi, ça va, je me sens assez proche des gens insérés. De toute façon, ce qui me différencie des gens normaux, c'est que je suis en foyer. Moi, j'ai envie de bosser, j'ai envie d'être comme eux. Je suis propre. J'ai même un début de stage, je commence à bosser. Je suis un peu comme eux. Par contre, les SDF dehors, rien à voir. » Ces personnes arrivent donc à se rapprocher des gens insérés. Ces personnes vont distinguer différents groupes SDF. Elles vont dire : « Il y a les grands clochards qui sont dans la rue, mais il y a aussi des mecs comme moi qui ont envie de s'en sortir dans l'institution ». On retrouve la dualité entre le bon et le mauvais SDF. « Moi, je suis un peu comme les autres qui ont envie de s'en sortir ». Là, il y a un partage commun : on a souffert, on veut s'en sortir, on prend soin de son apparence, nous, on est bien, on n'est pas comme les autres dans la rue qui boivent toute la journée. On voit donc que les aménagements au niveau de l'appartenance sociale sont beaucoup mieux.

Structure de stabilisation : Chez les personnes en stabilisation, donc les plus désocialisées, c'est assez étonnant. Elles ont l'impression de ressembler à tout le monde. Quand je leur demande : « Par rapport à ceux

que vous fréquentez dans le foyer, vous êtes comment ? » ; ils me disent souvent : « Moi, je suis pareil qu'eux. On est tous bien. » Elles se sentent assez proches des SDF. Et quand on leur demande : « Et par rapport aux animateurs, aux gens dans la rue, aux passants ? », « Moi, je suis pareil, on est tous des humains, on respire le même air », etc. Elles n'ont pas conscience de leur désocialisation, ne ressentent plus le stigmate.

Le sentiment d'appartenance sociale, c'est à la fois de ressembler, mais aussi de se différencier de l'autre. Quand on va leur demander de se différencier (« Qu'est-ce qui vous différencie de untel ? », ça va être très compliqué. Ils ne vont pas réussir à se différencier : « Rien », « Je ne sais pas ». Ça montre bien que le sentiment d'appartenance sociale est vraiment grandement mis à mal.

Le sentiment d'existence

Le sentiment d'existence, c'est le sentiment de se sentir visible au regard des autres et reconnu dans le regard des autres, d'exister par l'autre. Le regard de l'autre va donc être capital et va participer à la vision que la personne a d'elle-même.

Hébergement d'urgence : Dans les dispositifs d'urgence les personnes vivent dans la rue au quotidien puisqu'elles sont remises à la rue chaque jour, dans la journée. Elles prennent donc, comme on dit, un coup de fatigue, parce que le corps est vite marqué du fait qu'elles dorment très mal, qu'elles ne peuvent pas se changer lorsqu'elles se prennent une averse, qu'elles picolent toute la journée, qu'elles ne se rasent pas, que leurs habits sont sales, etc. Et ces personnes sont contraintes d'être sous les yeux des autres, dans la rue, ce qui va extrêmement les gêner. Elles disent que c'est très compliqué et très gênant de croiser les passants quand ils sortent du foyer : « Je sais bien que les gens savent que je suis SDF », « Quand on voit quelqu'un avec un sac à dos qui tourne en rond au même endroit en plein après-midi, on sait bien qu'il est SDF », etc. Elles ont la conscience du regard de l'autre et de la gêne qu'elles ont vis-à-vis de ce regard. Elles disent : « Je sais bien que je suis vu comme un alcoolique, comme un SDF », etc. Elles ont la honte d'être dans la rue et de croiser un membre de leur famille (« Si je devais croiser mon enfant [ou mes parents, ou ma mère] dans la rue, je ne sais pas ce que je ferais »).

Dans ces lieux d'hébergement d'urgence et dans cette vie à la rue, il y a une promiscuité vraiment perturbante. On est aussi construit par le regard des autres. Quand on nous voit comme un clodo, on se voit un peu comme un clodo. Quand on est dans la promiscuité, qu'on voit notre entourage et qu'on voit qu'on est à côté d'un mec qui est par terre, qu'on est à côté d'un gars qui est en train de délirer parce qu'on est aussi confronté à la folie, même s'il y a des gens normaux dans le tas, il suffit que quatre ou cinq SDF soient vraiment bruyants pour qu'on ne voit qu'eux. Les supports identificatoires proposés en hébergement d'urgence sont vraiment rudes. Comme ces personnes fréquentent des grands clochards, à un moment donné, elles vont dire : « Je suis comme eux » même si elles refusent ça, parce qu'elles n'ont aucun autre support identificatoire auquel se raccrocher. À force de côtoyer des gens qui sont par terre, qui sont bourrés, qui sont dans la misère totale, on finit par se dire : « Je ne peux plus me voiler la face, je suis un peu comme eux ». Au niveau du sentiment d'existence, on est vu comme des SDF et on voit des SDF. Il y a donc un miroir social. Quand on ne traîne qu'avec des gens en costard cravate ou des bourgeois, on peut se sentir un peu de « la haute ». Quand on ne traîne qu'avec des mecs de la rue, on a beau se dire qu'on n'est pas comme eux, c'est assez dur.

Structure d'insertion : Dans les CHRS c'est moins compliqué. Les personnes prennent soin de leur apparence, vont changer leurs affaires (parce qu'ils vont avoir une garde-robe) et avoir un style (certains vont avoir de beaux habits, vont se mettre à la mode, vont se coiffer, mettre du gel, etc.). Si elles prennent une

averse, elles peuvent changer de vêtements. Quand elles veulent fréquenter telle personne, elles peuvent mettre un petit pull bien, etc. Elles peuvent être dans les codes et elles ne sont pas ou beaucoup moins gênées par le regard des autres puisque, quand elles sortent dans la rue, on ne peut pas savoir qu'elles sont SDF. Par rapport à ça, elles ont leurs petites stratégies : elles ne vont pas prendre le bus à la sortie du foyer, mais à l'arrêt d'après, elles vont dire à leurs potes du foyer : « Si tu me croises dans la rue, tu ne me dis pas bonjour » pour ne pas se faire identifier. Comme ils arrivent globalement à se dissimuler, ils n'ont pas le regard de l'autre qui leur renvoie : « Tu es SDF ». En plus, ils n'ont pas la promiscuité puisqu'ils ont leur espace intime. Finalement, les supports d'identification ne sont pas trop mal puisque beaucoup de ceux qui sont en CHRS veulent s'en sortir. Ils ne sont pas confrontés à la misère totale.

Structure de stabilisation : Les personnes désocialisées en stabilisation sont complètement abîmées, mais elles ne vont pas se cacher. Elles vont s'exposer dans l'espace public, elles vont picoler dans la rue et ça va très bien leur aller. Elles vont faire partie du quartier, du paysage. Elles ne vont pas ressentir cette gêne : « Les gens du quartier m'aiment bien ». Elles vont mendier sans que ce soit un problème pour elles alors que, pour beaucoup, pour demander une clope ou de l'argent, il faut mettre sa fierté de côté, boire un coup avant pour avoir le courage de se lancer. Pour elles, il n'y a aucun problème. Tout va bien. Du coup, ces personnes vont exposer publiquement leur corps dégradé et ne pas ressentir cette gêne. Ces personnes ont finalement endossé cette identité de substitution qu'est l'identité SDF sans passé ni avenir. Par exemple, un SDF sera Dédé le clochard qui n'a pas de passé, pas de nom de famille, pas de famille, pas vraiment d'amis, pas d'avenir, mais ça va. Du coup, il n'est pas gêné non plus du regard des autres.

Conclusion

La honte est un facteur d'exclusion, mais quand on ressent la honte c'est qu'on est quand même affilié à la société, qu'on partage quand même les codes sociaux, notamment le fait que c'est normal d'avoir honte. La personne qui est à la rue et qui a honte d'être à la rue va se dire : « Si je n'étais pas à la rue, j'aurais honte de cette personne, donc j'ai honte de moi ». On a des codes communs. On est exclu, mais on n'est pas encore complètement désaffilié, on partage encore ce dégoût du SDF. Ce dégoût du SDF est, à la limite, le dernier point qui raccroche à la société. Quand on l'a, c'est qu'on est encore digne d'être humain : « J'ai beau être dans la merde absolue, j'ai quand même honte de ma situation. Je comprends votre point de vue, j'ai honte de moi ». On partage encore quelque chose. Par contre, c'est hyper violent et ça a des effets très néfastes.

Appréhender les sentiments d'identité et leurs atteintes chez les SDF permet d'identifier les stratégies mises en place par les SDF pour y faire face. L'idée est alors de respecter ces stratégies identitaires dans nos pratiques auprès de cette population SDF. Dans nos actions, dans nos dispositifs, on ne se rend pas forcément compte de ces stratégies d'adaptation, on ne se rend pas compte que, si on enlève ça, la personne va être déstabilisée et en souffrance, etc. Ce sont donc des choses qu'il faut identifier pour adapter notre pratique, notre posture et les actions à mettre en place. Quand on considère qu'il faut une action d'insertion pour tous les SDF, certains vont y trouver leur compte et d'autres vont être mal traités. Si on ne met pas ça en avant, on cautionne un peu la maltraitance. Il est donc important pour notre pratique d'identifier ces éléments, de négocier avec ces stratégies et de comprendre qu'elles sont souvent nécessaires à la survie. Ces cliniques de l'exclusion et de la précarité remettent en question la psychopathologie de base et la psychiatrie tant elles sont paradoxales. Et pour conclure, ce n'est pas parce qu'on ne souffre pas qu'on ne souffre pas.

François Chobeaux : Les différences que tu montres entre l'urgence, l'insertion et la stabilisation m'ont fait penser à une conférence de David Grand, il y a deux ans aux Journées Errance, qui approche du point de

vue du sociologue les impossibilités d'habiter selon le type d'hébergement proposés et selon la position des encadrants de l'hébergement qui permettent d'exister ou de ne pas exister à soi-même.

Ce sentiment de honte « On n'est pas des clochards », « On n'est pas comme les autres » est terrifiant, parce que c'est circulaire et pas seulement binaire. On identifie toujours celui qui est pire que soi pour être moins pire, qui va trouver un plus pire pour être moins pire, mais ça va me revenir de toute façon en pleine face comme un boomerang : je finirais bien par être le plus pire d'un qui se pensera moins pire que moi.

Une auditrice : Je voudrais revenir sur le manteau cloacal. Une des choses qui m'interpelle quand je rencontre ces grands clochards, c'est à quel point ilsaturent nos sens dans la vue, dans l'odeur. Le fait de serrer la main, le contact de la peau... Pour revenir à Winnicott, au holding et à quelque chose de très archaïque, c'est un arrêteur de penser d'avoir les sens aussi envahis.

Gaétan Langlard : Je suis d'accord. Ça peut sidérer, mais pas que. Il a cette idée d'une sorte d'échoïsation en l'autre. Il n'y a pas de travail de pensée, on n'est pas sur une élaboration, mais, quand on va parler à ces personnes qui nous agressent sensoriellement, même si on ne va pas le penser, on va quand même ressentir une sorte d'effroi, parce que ça nous choque, que ça nous sidère alors qu'eux ne ressentent pas ça. Or, il faut bien que quelqu'un capte ça. On est sur quelque chose d'archaïque qui trouve une adresse violente, parce que c'est projeté dans le passant : la personne se met dans l'espace public comme dans une pièce de théâtre et, nous, spectateur, on prend cette attaque en étant effrayés. Je pense que cette réaction n'est pas rien et que, ce qui ne serait rien, ce serait une indifférence totale. On peut imaginer qu'à force, ces personnes nous voient effrayés et se disent : « C'est moi qui renvoie ça ». Il y aurait quelque chose dans l'échange, même si on est sur un échange archaïque et pas très élaboré. Il ne faut pas se défilier même si on est avec quelqu'un en souffrance, même si on est choqué, parce que, finalement, il y a une sorte d'échange. Ce n'est pas qu'une personne qui n'existe pas. Nous allons prendre la souffrance. De toute façon, la souffrance est souvent portée par l'autre dans ces cliniques, et c'est au professionnel de la prendre en charge. Ces personnes ne demandent rien, ne souffrent pas, mais, vu que ça nous met mal, on ne peut pas passer à côté. On est obligé de dire : « Il y a un problème », ne serait-ce que parce que ça nous choque.

François Chobeaux : Le manteau cloacal ne commence pas complètement en tant que manteau complet. Il commence avec des plaies, avec des pansements immondément pourris, des pieds dans un état dramatique. Dans *Les naufragés*, Patrick Declerck présente des photos de chaussettes, de pieds, de chemises et de peau. Ce manteau commence par cet abandon, cette absence de sensation du corps. Il commence par des dents pourries qui ne font plus souffrir, etc.

Je pense aussi à ce que dit Karine Boinot sur les femmes SDF. La solution trouvée par les femmes à la rue, c'est de se rendre immondes pour ne pas être désirables. Immondes, puantes, pourries.

Gaétan Langlard : On est aussi sur la protection.

Un auditeur : Je voudrais revenir sur ce que vous avez dit par rapport à l'alcool. On dit : « Le préalable, c'est l'alcool ». Mais l'intérêt pour moi est d'aller au-delà, c'est-à-dire qu'est-ce qu'on tire de ça ? Grosso modo, l'institution dit ça. On a des situations préalables au sujet desquelles on dit : « Tant que le problème de l'alcool ne sera pas résolu, il n'y aura pas insertion » alors qu'on sait très bien que, même si c'est résolu, ça ne suffira pas.

Y a-t-il des solutions ou pas ? Est-ce qu'on pourrait se dire : on y va quand même avec l'alcool et on essaie de tout travailler en même temps ?

Gaétan Langlard : Je n'ai franchement pas de solutions.

L'auditeur : Je sais bien qu'aujourd'hui, on n'est pas là pour trouver des solutions miracles.

François Chobeaux : Il y a des équipes d'hébergement qui bricolent comme elles peuvent avec des accommodements comme « On garde ta bouteille dans le bureau, si tu as besoin de boire un coup, tu descends, tu viens, tu la prends ». On peut aussi faire un pas de côté et regarder du côté de la toxico : la notion de réduction des risques, l'évidente impossibilité d'imaginer une société sans drogues, donc une société sans alcool toute aussi illusoire, donc une société sans être bourré du matin au soir toute aussi illusoire. La question est « quelle prise en charge de la personne dans sa consommation ? »

Gaétan Langlard : Il existe des dispositifs où l'alcool est accepté.

L'auditeur : Dans le groupe des stabilisations, il y a des gens qui boivent. Ce n'est donc pas une solution, parce qu'on ne les insère pas.

Gaétan Langlard : Malheureusement, là, on est sur une voie de garage ou sur une fin. Il faudrait que ce soit dans une véritable insertion.

François Chobeaux : Ce n'est évidemment pas dur d'enlever l'alcool, de sevrer, d'être dans une position dure. Mais, dans le mois qui suit, ils meurent par suicide ou d'autre chose.

Olivier Jan : Tu dis : « Ils arrêtent de boire et, un mois après, ils sont morts ». Ça arrive. C'est une chose qui peut tout à fait se produire. Je l'ai vérifié dans plusieurs cas. Mais aussi étrange que ça puisse paraître, il y a aussi des grands alcoolos incroyables, des grands clochards, etc. qui peuvent arrêter de boire et très favorablement. Je pense que c'est lié à ce que ça peut représenter pour eux comme crise.

Si la conscience de boire trop, c'est la conscience pour eux d'être mortel et de risquer, à partir de ce moment-là, de passer de l'autre côté, ça peut aider des gens à arrêter favorablement. J'ai plusieurs cas de gens qui se sont retrouvés passant strictement de la rue à des appartements en six mois et en ayant une possibilité de tenir à condition d'avoir quelques étayages quand même, c'est-à-dire : on ne boit plus, très bien, mais il faut quand même trouver des accommodements qui tournent autour de formes d'intempérance.

François Chobeaux : Le travail avec l'alcool, comme avec tout produit psycho-actif, c'est une clinique de l'individu. Si on entre dedans avec une clinique morale du style : « L'alcool, ce n'est pas bon » ou avec une clinique collective du style : « C'est comme ça qu'il faut faire pour que tout le monde décroche », autant ne rien faire car ça ne sert à rien.

La considération apportée à la question de l'alcool et de l'alcoolisation permanente est à des années-lumière en retard par rapport aux réflexions acquises sur la toxico.

Gaétan Langlard : Je relance sur l'alcool. On peut le concevoir différemment. Chez les SDF, on peut le concevoir dans cette idée que j'ai développée comme une défense de la personne, à savoir que, sans ça, elle ne peut pas vivre.

Au même titre que pour les autres défenses, l'idée n'est pas de casser cette défense mais d'essayer d'adapter le dispositif (ce qui n'est pas forcément évident) et de se dire qu'on va de toute façon bouger les défenses à un moment donné mais doucement et avec d'autres. C'est en effet peut-être une fois qu'on l'aura insérée que cette personne pourra arrêter de boire. On pourrait l'imaginer dans ce sens-là, c'est-à-dire trouver une petite réduction, ne pas être bourré du matin au soir, commencer à avoir un petit boulot, une vie sociale, une activité et, à partir de ce moment-là, on peut rentrer dans une démarche peut-être de réduction de l'alcool, etc.

Il y a aussi le côté social de l'alcool. Je pense que ça légitime pour beaucoup un tri entre le bon SDF et le mauvais SDF. L'ivrogne a toujours été le mauvais SDF. Comme il n'y a pas assez de place pour tout le monde, il faut bien trouver des critères comme « On prend ceux qui ne boivent pas », mais c'est vrai que ce n'est pas évident à mettre en place avec l'alcool comme on le fait.

Une auditrice : Je ne vois pas bien ce que vous entendez par les lieux de stabilisation. En tout cas, nous n'en avons pas sur notre secteur. À travers votre présentation, on voit que la souffrance psychique est moins importante chez eux, en tous les cas, qu'ils ne la ressentent pas, d'où le paradoxe. Donc, faut-il chercher autre chose au risque de déclencher une souffrance qu'ils n'ont pas, ou laisse-t-on comme ça sachant qu'ils ne souffrent pas ?

Gaétan Langlard : C'est la question que pose Olivier Jan en disant « qu'est-ce qu'on fait avec les errants essentiels ? Est-ce qu'on va les insérer sachant que les gens ne s'agrippent à rien ? ».

On pourrait considérer (c'est très dur moralement pour une société d'accepter ça) que ces personnes sont handicapées sociales (au même titre qu'on admet qu'il y a des handicapés mentaux et il y a des allocations pour ça), c'est-à-dire que des gens ne seront peut-être jamais insérés ou qu'ils ne pourront pas s'insérer, donc qu'est-ce qu'on fait ? Soit on les maintient à la marge, c'est-à-dire qu'ils sont marginaux et donc exclus des exclus, soit on considère que des gens sont des handicapés sociaux dans le sens où ils ne peuvent pas être insérés et on essaie du coup de pallier ça en les laissant vivre, en leur offrant une dignité, en ne les forçant pas à s'insérer.

Je vous dis ça tout en ayant aussi du mal avec cette position, parce qu'on peut se dire : est-ce qu'à un moment donné, on ne va pas favoriser la désocialisation de ceux qui auraient pu être insérés ?

Le dispositif de stabilisation dont j'ai parlé est un dispositif alternatif qui existe à Rouen et qui a la particularité de ne pas viser l'insertion. Ce n'est pas un dispositif national. C'est un cas qui permet de mettre en nuance deux autres populations SDF. On va faire une comparaison à trois et se rendre compte que des choses paradoxales sortent.

François Chobeaux : La notion de stabilisation est à la fois un mode de financement particulier pour des lits et des dispositifs plus globaux d'accueil.

Concernant le mode de financement pour des lits, des CHRS ont des lits stables. Les lits de stabilisation, les exigences, les évaluations de tutelle et les durées sont plus souples. On accueille plus et plus longtemps.

Ça a amené des collègues à monter des espaces, voire des villages, de stabilisation, des espaces de chalets, de constructions provisoires, de lieux plus tolérants. La notion de pension de famille est un autre montage. C'est : on vous accueille tel que vous êtes et vous avez assez d'espace pour pouvoir vivre par rapport à où vous en êtes mais avec le plus de dignité possible.

Il y a toute une discussion philosophique derrière sur « C'est mépriser les gens que de ne pas être exigeant » ou « C'est les respecter que de ne pas les torturer ».

Il y a aussi toute une discussion derrière sur l'efficacité sur : « Faut-il essayer sans arrêt ou pas ? » La question de la stabilisation est posée en permanence.

Un auditeur : J'ai un peu de mal avec l'insertion. Je trouve qu'il faudrait préciser. Que veut dire « être inséré » ?

Par exemple, on pourrait mettre des personnes qui n'ont pas forcément d'identité sur des chemins identitaires en stabilisation alors qu'elles vont pourtant faire la manche dans un quartier, devant une boulangerie bien précise, qui ouvrent la porte à la petite dame et qui sont repérées dans ce quartier comme des personnes qui ont une insertion dans ce quartier. On a connu des SDF qui habitaient dans un quartier, qui allaient faire la manche dans un autre quartier et qui étaient repérés par les gens du quartier, parce que tout le temps là, présents là, rendant des petits services. On peut parler d'insertion dans ce cas. Ce sont des personnes dont le profil ressemblerait à ce que vous avez dit sur la stabilisation et pour lesquelles il n'y aurait pas de souci.

Qu'est-ce que vous entendez par insertion ? C'est le travail ?

Gaétan Langlard : Je suis d'accord avec vous. J'ai de toute façon du mal à définir l'insertion. Dans ce que vous dites, on est aussi sûr de la socialisation puisque ce sont des choses qui font lien avec d'autres.

Quand je parle d'insertion, je parle d'insertion du point de vue du dispositif national et comment on pense l'insertion. Comment sont pensés les CHRS à la base et le dispositif d'insertion ? C'est pensé en France par le retour au logement et à l'emploi. Quand la Cour des Comptes fait ses calculs pour dire que ça marche ou pas, c'est par rapport à « sont-ils revenus dans l'emploi ou sont-ils revenus au logement ? » Je ne suis pas d'accord avec cette idée d'insertion. Pour moi, ce n'est pas ça, mais j'ai fait ce découpage en fonction des politiques d'insertion en place en France.

La question peut se poser aussi chez les jeunes en errance. Je ne suis pas forcément d'accord avec l'idée de sous-culture comme « punk à chien », « gens de la rue » parce qu'ils ont souvent tendance à s'appeler « les gars de la rue », mais il y a peut-être des sous-cultures partielles ou complexes avec des réseaux d'échanges à l'intérieur, des réseaux de solidarité, avec des gens vivant à la marge tout en ayant une sorte d'insertion à un groupe.

Est-ce que ces gens sont insérés, pas insérés ? Certains groupes ont des codes communs, ou un langage, ou un style vestimentaire, ils peuvent vivre en squat parfois organisé.

Par rapport à tout ça, on pourrait se dire qu'il y a une sorte d'insertion à ces sous-cultures.

L'auditeur : Les gens qui ouvrent des squats, qui accueillent des familles, des réfugiés, etc., ça demande quand même une somme de compétences.

Je trouve qu'on malmène notre jeunesse de façon générale et nous-mêmes malmenons aussi les jeunes sans résidence.

D'après ce que vous dites, vous en avez très peu vu ou l'enquête a très peu porté sur la question des jeunes ? Pourtant, je retrouve aussi des jeunes qui peuvent être aussi dans des problèmes identitaires comme ceux que vous avez décrits, ce qui est inquiétant. Associer un gars qui a six ans de rue à un mec qui en a quinze ou vingt me préoccupe. Je me dis que cette jeunesse va d'autant plus mal qu'elle a une capacité de s'adapter et à se mettre à mal alors qu'elle a très peu de place dans les structures d'insertion et que c'est peut-être la population avec laquelle on peut le plus travailler sur le côté « insertion », « travail », etc.

Gaétan Langlard : Je ne l'ai pas présenté, mais j'ai aussi fréquenté ces jeunes avec chiens qui sont dans la rue et j'ai écrit, avec une collègue, Julie Chevallier, un article que je vous invite à lire sur les stratégies identitaires chez ces populations de jeunes avec chiens qui sont dans la rue qui ne sont dans aucune des trois catégories dont je viens de parler (on est sûr d'autres choses). C'est pour ça que j'ai dit à un moment qu'il faut essayer de réfléchir aux sentiments d'identité dans votre pratique.

Quand ces gens avec des chiens revendiquent et politisent parfois cette existence, ce mode de vie, on est aussi peut-être sûr des défenses qui permettent aux personnes de tenir.

Mon schéma de trois populations n'est pas exhaustif. Même si les jeunes en errance ne se retrouvent pas là-dedans, l'idée est toujours de penser à : qu'est-ce qui se passe dans la relation avec le chien ? Qu'est-ce qui se passe dans la prise de toxiques ? Qu'est-ce qui est du ressort de l'adaptation, de la défense ? Etc.

François Chobeaux : Mais jamais en parlant de population unifiée.

Gaétan Langlard : C'est pour ça que je pense qu'on est sûr des populations SDF et non pas *une* population SDF. En France, la définition SDF regroupe tout le monde : le clochard, la personne qui travaille et qui perd son logement en une semaine, la personne en squat. Maintenant, on peut se demander si le débouté du droit d'asile est SDF. Bien sûr que les populations et les problématiques sont différentes, sauf que l'action de l'État est pilotée et, les SDF, ce sont tous ces gens. Donc, à un moment donné, il faut faire des découpages pour comprendre que ce ne sont pas les mêmes, qu'ils ne forment pas un groupe homogène.

Une auditrice : Votre intervention m'interroge sur la prise en charge des personnes migrantes, notamment sur le sentiment d'identité.

Le récit des migrants qui peut leur permettre une entrée en France et d'avoir des papiers est un récit qui se construit parfois sur des mensonges en ce qui concerne l'âge, l'histoire. Ce sont des témoignages, mais c'est un récit qui est acheté avec le voyage, avec le passeur. Du coup, je m'interroge sur les sentiments d'identité qui sont mis à mal chez ces personnes qui, déjà, sont abattues de se retrouver SDF en arrivant en France.

Lors de nos maraudes, on constate qu'à un endroit, il peut y avoir ce qu'on peut appeler un clochard, mais aussi des migrants qui vont dormir dehors, on le sait, mais qui ne vont pas venir, parce qu'ils ne s'identifient pas à ce monsieur alors que, peut-être dans un an ou deux après, ils seront dans la même position que cette personne. Donc, je m'interroge sur leur récit.

François Chobeaux : Prudence avec le thème « mensonge », parce qu'il renvoie à une construction morale. Soyons logiques, de la part de ces personnes ce sont des adaptations stratégiques nécessaires.

L'auditrice : Quand on se donne dix ans de moins, ce n'est pas rien dans un parcours.

Gaétan Langlard : Au niveau de la narration, je n'y avais pas pensé et je vais y réfléchir, mais je pense que ce récit n'a peut-être pas exactement la même valeur et que c'est encore beaucoup plus compliqué pour ces personnes en migration.

Par rapport au mensonge, le récit du SDF est aussi un récit qui a fonction soit de susciter la pitié, soit de revendiquer, soit de se déculpabiliser, etc.

Avec ces personnes migrantes, je crois que le choc est d'autant plus violent au niveau de l'identité qu'elles passent d'un statut social normal ou élevé à une absence de statut quand on n'a pas le statut de réfugié, parce qu'on n'est plus rien. C'est donc une violence très importante.

Lorsque quelqu'un qui a vécu toute sa vie avec l'aide sociale à l'enfance, qui a vécu un peu en squat, le choc est peut-être moins grand que pour une autre personne. J'ai vu des anciens pharmaciens se retrouver à côté des SDF. Il a beau dire : « Vous ne me parlez pas comme ça, je suis pharmacien », c'est choquant pour la personne et le choc est d'autant plus dur.

Je pense que le choc traumatique est important avec d'énormes ruptures et de pertes sur le chemin.

François Chobeaux : La construction de ce récit, ce n'est pas seulement les autres. Tout le monde s'y adonne. Freud a parlé du « roman de vie » que chacun se fabrique pour trouver sens à ce qu'il est. Chacun d'entre nous procède en permanence à de petits habillages de son histoire, comme tu le rappelais.

Un auditeur : Je suis en troisième année de formation d'éducateur spécialisé et je fais actuellement un stage dans les groupes d'entraide mutuelle. Ces structures accueillent des personnes adultes qui souffrent de troubles psychiques, elles sont donc reconnues ayant un handicap et la plupart bénéficient d'une allocation. J'ai donc été interpellé, à travers votre intervention, par cette notion de trouble psychique et par la description que vous avez faite du manteau cloacal.

À partir de quand peut-on considérer qu'il y a un trouble psychique dans la manière de se percevoir, de se laisser aller, par rapport au regard qu'on porte sur soi ? Pourquoi dit-on que ça fait partie de l'identité des SDF d'être sales, etc., alors que, pour d'autres, on va dire : il y a une manifestation d'un trouble psychique, donc il faut une prise en charge médicale ? La frontière est un peu floue.

Gaétan Langlard : Je suis complètement d'accord avec vous. Le manteau cloacal n'est pas un curseur d'odeurs et autres.

Par rapport à la souffrance psychique dont je viens de parler, on est sur des cliniques nouvelles qui font consensus pour les travailleurs de terrain (tout le monde constate la même chose, on est tous d'accord là-

dessus), mais pour lesquelles la théorisation est encore très compliquée. Je revoie au travail de l'ORSPERE et de Jean Furtos, à Lyon.

Dans ses manuels de classification, la psychiatrie ne reconnaît pas, par exemple, cette absence de souffrance comme pathologique, donc ne reconnaît pas la disparition de soi. Elle peut la reconnaître si elle identifie une schizophrénie. Alors que, nous, on peut se dire : « La personne n'est pas schizophrène, mais elle ne ressent plus son existence, elle ne ressent plus la douleur, etc. ».

Au niveau de la psychiatrie, ils n'arrivent pas à diagnostiquer et à parler de troubles, donc le milieu du soin n'en veut pas. Quand ces gens vont à l'hôpital, le mauvais psychiatre va dire : « Ce n'est pas dans le manuel, donc qu'est-ce que je peux faire ? Est-ce que je donne un traitement ? Ça sert à quoi ? »

L'idée de ce type d'étude est vraiment d'essayer de contextualiser des stratégies et des souffrances pour pouvoir dire à un moment donné : « Ce n'est pas parce qu'il y a absence de souffrance ou de « troubles psychiatriques » qu'il n'y a pas absence de troubles fatalement ». C'est une question de jauge.

Après, il y a les observations de chacun. Même si une personne ne souffre plus du tout, qu'elle n'a plus aucune relation sociale, plus aucun lien social, on peut considérer qu'il y a en tout cas souffrance. S'il y a souffrance, on peut considérer que, même s'il n'y a pas de pathologies psychiatriques avérées, le soignant a sa part de travail à donner.

Actuellement, il y a un débat sur la santé mentale. On a dit tout à l'heure qu'il y avait un conflit entre les sociologues et les psycho-psychiatres, mais, pour comprendre tout ça, il faut allier ces différents aspects.

François Chobeaux : La réponse hélas de plus en plus classique et unique est que s'il y a souffrance, il y a médicament, et c'est tout.

Gaétan Langlard : Si on a cette conception, ça devient compliqué avec les SDF. Est-ce qu'on va médicaliser un dépressif SDF ? Est-ce qu'on va le mettre sous antidépresseurs ? Selon le manuel de psychiatrie, on donne des antidépresseurs pour une dépression.

Est-ce que, pour le SDF qui a perdu sa femme, son logement, sa famille, la solution à sa dépression est le médicament ? Mais le psychologue a quand même son action à faire.

Un auditeur : Je voudrais rebondir sur la souffrance et la santé mentale puisque je suis atteint de troubles bipolaires. Je voudrais revenir sur le handicapé social que je suis puisque je n'accepte pas d'apprendre le numérique et d'avoir un outil qui s'appelle Internet, et que cela va engendrer une précarité de plus en plus globale et plus grave puisque ça va atteindre tous les âges, du plus jeune au plus âgé. Je m'inquiète de cet avenir.

Un autre sujet qui n'est jamais abordé est celui de la sexualité. J'aimerais savoir si ce sujet est abordé auprès des SDF ou pas. Comment ça marche ? Comment vous voyez les choses sur ce plan ?

Gaétan Langlard : Je suis d'accord. La nouvelle exclusion est celle du numérique.

Sur la sexualité chez les SDF, j'ai l'impression qu'on est sur un tabou. Je ne l'ai pas abordée, mais je fais partie des gens qui sont sur ce tabou de la sexualité chez les SDF. On n'en parle pas (en tout cas, je n'en parle pas).

Quand je dis SDF, je parle des gens très désocialisés. Ça peut parler de sexualité, mais, dans les dispositifs, dans les structures, c'est effectivement quelque chose qui ne fait pas débat, qui n'est pas pris en compte alors qu'on sait qu'il y a des comportements sexuels et parfois homosexuels dans les centres d'hébergement d'urgence puisque les gens sont à plusieurs dans la même chambre, qu'il y a des possibilités de viol.

Je ne suis pas compétent pour en parler, mais il y a une problématique de la sexualité. Même dans les écrits (j'ai pas mal balayé la littérature SDF), on n'en parle clairement pas dans la littérature non plus. En tout cas, c'est une question qu'il faut soulever.

On pourrait également parler des liens homme-animal, parce que certains dorment avec leur animal.

Ce sont des choses qui mériteraient réflexion.

Un auditeur : Je voudrais rebondir sur la question de la sexualité par rapport aux personnes qui sont marginales.

Dans notre service, on ne parle pas de sexualité en tant que telle avec les personnes, mais on laisse toujours la porte ouverte au dialogue. Parfois, comme des personnes peuvent parler de leur propre sexualité assez crûment dans des espaces collectifs, je suis obligé de recadrer un peu en disant : « Si tu veux parler, il n'y a pas de souci, mais, là, je pense qu'on déborde un peu ». Certains n'ont pas la cote des limites au niveau de l'intimité.

On prend en compte la notion de couple, que ce soit couple hétérosexuel ou couple homosexuel.

Il y a encore des débats sur : à partir de quand considère-t-on que deux personnes sont en couple ? Est-ce au bout d'une semaine ou faut-il attendre plusieurs mois pour être considérés en couple ? C'est un débat notamment sur les prises en charge au niveau des hébergements d'urgence. On s'est retrouvé dans des situations où des femmes disaient qu'elle étaient en couple parce qu'elles étaient avec un homme et qui, lorsqu'elles se séparaient de celui-ci au bout d'une semaine, retrouvaient un nouvel homme pour être protégées, pour ne pas être seules en disant de nouveau : « Nous sommes en couple ».

On a pris en compte cette notion de « Je suis en couple », mais on s'est parfois retrouvé avec des femmes victimes de violences durant la nuit dans l'hébergement d'urgence. On se pose donc la question de savoir à partir de quand on peut considérer que les personnes sont en couple.

Une auditrice : Je pense que ça peut aussi concerner des hommes.

Un auditeur : Sûrement, mais je ne l'ai pas encore vu. En tout cas, je pense que la question de la sexualité passe par le fait de laisser la porte ouverte au dialogue ou de mettre à disposition des préservatifs. En mettant en place une mise à disposition de préservatifs, on s'est rendu compte que des personnes qui ne parlaient jamais de sexualité se sont mises à parler de sexualité après, rien qu'après avoir utilisé des préservatifs, lors de temps informels.

Je pense qu'il y a des petites choses comme ça, sans pour autant mettre en place des ateliers, parler de sexualisation, de sexualité.

Gaétan Langlard : Je suis d'accord. Il n'y a pas grand-chose à ajouter.

Dans les structures avec lesquelles je travaille, ce sont des accueils d'homme seuls. La misère est tellement grande qu'à part cette chambre et cette nourriture à donner, on ne parle pas de la sexualité au même titre que plein d'autres choses.

Une auditrice : Sur la sexualité, il y a la question des équipes qui accueillent les hommes ou les femmes, mais il y a maintenant de plus en plus d'accueils mixtes hommes/femmes. Donc, la question de la vie collective se fait de fait dans les structures.

Dans nos équipes, on débat beaucoup de la sexualité : à partir de quand la sexualité est-elle nommée telle quelle puisqu'il y a des relations hommes-femmes, qu'il y a les relations de séduction entre usagers, avec les professionnels ?

Je pense que tous nos services sont concernés à un moment donné. On offre des cadeaux, on fait des sourires. Il n'y a pas que des choses déplacées. Il y a aussi du fantasme, du partage. Il y a une sexualité seule que certains usagers vivent et fantasment aussi sur des professionnels.

La question est : qu'est-ce qu'on en fait ? Parce qu'elle est présente 24 heures sur 24 dans notre activité. Qu'elle soit homosexuelle ou pas homosexuelle, même si on ne fait pas de mixité, elle est bien présente. Du

fait qu'on soit des êtres humains sexués, elle est présente. Donc la question est : quelle place lui donnons-nous ?

Souvent, cette question est abordée via la notion de santé sexuelle puisque les préservatifs passent par les infirmeries alors qu'au quotidien, dans la façon d'accueillir, que ce soit un homme qui accueille un homme, une femme qui accueille une femme ou un homme qui accueille une femme, on est tout de suite dans une relation sexuée. Qu'est-ce qu'on en fait ? Comment on la nomme ?

C'est notre quotidien. Elle existe partout. Charge à chacun de l'aborder.

Olivier Jan : Autour de la sexualité des grands SDF, la chose à prendre vraiment en compte est l'anesthésie absolue. Les gens peuvent en parler par détours, mais, ce qui est sûr et certain, c'est qu'au bout d'un certain nombre d'années de rue, de déglingue, etc., la pratique sexuelle est un vieux souvenir.

Les relations sont sexuées, mais elles ne sont pas forcément sexualisées. C'est important, parce que, pour certains, il y a une forme d'attachement qui se fait. Dans les centres d'hébergement d'urgence pour hommes, quand il y a des femmes, elles ne sont pas courtisées, elles sont valorisées. Le lien avec elles est valorisé. En même temps, généralement, il n'y a jamais de dérapage. Je pense que c'est uniquement dû à cette fatigue dont je parle. C'est ce qui explique pourquoi il n'y a pas plus d'investissements et de passages à l'acte.

François Chobeaux : On s'aperçoit bien de cet échange qu'on n'est pas très en avance sur la réflexion dans le réseau Errance.

Un auditeur : Je vais rebondir sur la question du dérapage. Je crois effectivement qu'il n'y a pas souvent de dérapage. Par contre, institutionnellement, il y a dérapage, parce que, parfois, les réponses des institutions vont vers l'exclusion des personnes, parce qu'on a constaté, par exemple, une discussion entre deux individus sur la sexualité. Pour moi, c'est un dérapage institutionnel.

Je voulais aussi dire que ce n'était pas que la question du social. C'est aussi la question de la psychiatrie. Il ne faut jamais oublier que certains types de traitements ont un impact sur la libido. Or, on oublie d'expliquer au patient ces effets secondaires. Quand ça concerne des jeunes qui ont une vingtaine d'années, ça peut générer une angoisse particulière.

J'invite vraiment les personnes à s'interroger sur la manière dont on présente les traitements et dont on explique les effets secondaires au regard de la dimension sexuelle.

Un auditeur : Je voudrais revenir sur ce qui a été dit sur la sexualité. Je crois qu'on peut élargir. Il y a toujours eu une négation de la sexualité par les institutions, y compris vis-à-vis des personnes handicapées que des personnes âgées dans les maisons de retraite. Il y a eu la même question au niveau de l'errance.

Je crois qu'on est face à un tabou institutionnel et face au fait que l'institution éprouve toujours énormément de difficultés à gérer cette question de la sexualité.

Gaétan Langlard : Je suis d'accord avec votre analyse.

François Chobeaux : La sexualité c'est l'individu, et l'institution humanitaire, caritative, accueillante, hébergeuse, est la mère parfaite. Elle sait bien mieux que ses enfants ce dont ils ont besoin. Donc, évidemment, elle décide qu'ils n'ont pas besoin de sexualité.

Un auditeur : Sur la question des médicaments à la rue, j'ai eu la situation d'un psychotique qui avait un problème de comportement dans les structures, qui n'arrivait pas à tenir dans les structures et qui était viré de partout. Je me prenais la tête à voir le psychiatre, à faire prendre un traitement, etc.

Ils ne sont pas dupes. Même si on ne leur a pas expliqué les effets, ils s'aperçoivent à un moment donné qu'un truc ne marche plus.

Le jeune me disait : « Je suis dans la rue. Tu veux que je prenne un médicament, que ça m'affaiblisse, que je ne sois pas en capacité à un moment donné d'être réactif et je vis dans la rue ». Certes, il avait conscience

qu'il n'allait pas bien, mais il ne voulait pas perdre sa réactivité du fait de la dangerosité de la rue. Il disait : « Je ne peux pas être somnolent ». D'où la difficulté de se soigner.

Un auditeur : Un mot sur l'insertion. Je crois me souvenir que le mot « insertion » est revenu très fort au milieu des années soixante-dix et surtout au début des années quatre-vingt suite à la première crise pétrolière de 1974, ce qui veut dire que l'insertion est complètement rattachée à la situation professionnelle. Ensuite, ça devient, parce qu'il faut trouver un autre mot pour faire plus propre dans le décor, Insertion Sociale et Professionnelle. Mais, quand on rend les résultats dans ces années-là aux Ministères, aux Départements, à la Région déjà responsable, ce qu'on attend de nous c'est que la personne soit réinsérée et qu'elle soit au travail.

On dit : « Socialement, ça y est, elle s'en sort, tout va mieux », parce qu'elle a du boulot, mais on se moque un peu de savoir après comment elle vit ou où elle vit. Ça y est, elle est réinsérée, elle a du travail. Si elle n'a pas de boulot, on dit que la personne a raté sa formation. L'insertion tourne donc bien autour du travail, autour du professionnel.

Ce terme ne serait peut-être pas le bon. Il faudrait peut-être le revoir quand on parle des publics dont on parle ici, toutes formes d'errances confondues. Ce n'est peut-être pas le bon terme puisqu'on ne cherche pas généralement à les remettre au travail. S'ils y vont, tant mieux, mais ce n'est pas notre recherche principale.

François Chobeaux : Oui, certaines structures sont financées dans l'illusion partagée de remettre au travail alors qu'il n'y a pas de travail pour ceux-là.

Une auditrice : Je voudrais dire un mot sur la stabilisation pour éclairer, parce qu'apparemment, ce n'est pas forcément partout pareil et pas très pratiqué en France.

On a un lieu de stabilisation à Clermont Ferrand. C'est assez ouvert. Ça a l'air assez différent de ce que vous expliquez, à savoir qu'il y avait à la fois des jeunes, des très anciens. L'idée est vraiment de trouver un lieu stable. Pour y faire quoi ? Ça dépend de chacun. Ça peut être de la stabilité pendant quelques mois pour mieux rebondir pour les plus jeunes. Accueil de chiens, accueil de couples dans des chalets individualisés, en l'état, avec consommation.

Officiellement, il n'y a pas de consommations à l'intérieur, mais peu importe l'état quand on arrive. Ça change selon les années. C'est un peu de plus en plus une alternative à la psychiatrie.

C'était pour dire que ce n'est pas que pour les plus anciens, les plus cassés. Ça joue aussi des choses pour les plus jeunes. Ça répond un peu à la question de l'insertion à tout prix.

François Chobeaux : On a connu quelques expériences de ce type de collègues dans le réseau. Par exemple en périphérie de Valence, dans la zone industrielle, un terrain avec un bloc sanitaire et des caravanes, un cheval, des roulottes, des yourtes, une tente et une gestion du bordel ambiant par les éducateurs de prévention spécialisée. Des morceaux, des bouts éphémères de vie qui se fabriquent. On pourrait aussi parler du CIRC à Saint-Nazaire, de l'expérience de La Place à Grenoble...

Un auditeur : Je voudrais revenir sur ce que vous avez dit tout à l'heure sur la dépression. On a eu l'exemple encore récemment. On pouvait carrément établir un diagnostic de mélancolie profonde. On le dit en quelques secondes, mais il faut des semaines, voire des mois ou des années, pour établir un diagnostic.

On dit parfois de manière ironique que l'alcool pouvait faire ce travail d'antidépresseur. On est convaincu que, si on a la chance qu'il puisse prendre un petit traitement, certes, ça ne va pas le sauver, ça ne va pas le sortir de son truc, mais ça peut faire baisser d'un ou deux crans cette souffrance psychique. Si c'est la seule chose qu'on peut lui offrir à ce moment-là, peut-être que ça peut éventuellement l'aider, sachant que ce diagnostic arrive après moult et moult entretiens et difficultés.

Gaétan Langlard : Tout à fait. Quand je disais ça, c'était un peu provocateur. Ce n'est pas parce qu'on est dépressif à la rue qu'il ne faut pas être soigné pour une dépression et pourquoi pas avec des médicaments. C'était surtout pour dire qu'il faut peut-être changer la conception de la pathologie parce que la conception du psychiatre qui donne le médicament est une conception très individuelle. À la limite, peu importe le concept et l'aspect contextuel. Le savoir psychiatrique doit s'adapter à la situation sociale. C'est pour ça qu'il faut nuancer le diagnostic en disant : est-ce que la meilleure chose à faire est le médicament ? Pourquoi pas, mais peut-être pas non plus, ou peut-être pas que, etc.

C'est changer la conception du tout médical et penser que l'environnement peut être source de souffrance. Je crois que les SDF en sont la bonne illustration.

Une auditrice : Cette histoire du contexte social me fait réagir. Notre médecin psychiatre qui est responsable de l'équipe a fait une diapositive de présentation disant : « L'EMPP, ce n'est pas un CMP ». Dans le comparatif qu'il fait entre le CMP et l'EMPP, il y a le fait que le CMP pourrait ne pas tenir compte du contexte social, économique, etc., alors que l'EMPP est complètement rivé à ça.

Je ne vais pas contre les CMP. Chaque CMP fonctionne à sa façon. En tout cas, la question des équipes mobiles de psychiatrie précarité est justement là pour tenir compte du contexte social et du soin psychique dans un contexte social donné. C'est en tous les cas ce qu'il me semble avoir compris de notre équipe.

Gaétan Langlard : Je suis d'accord. C'est vrai qu'à la base, le CMP, c'est l'idée du secteur et d'aller au plus près des gens dans la cité, etc., donc de pouvoir se dire que, dans tel quartier, on va faire venir la psychiatrie dans son ensemble avec l'équipe complète (infirmiers, pysys, psychiatres).

L'EMPP, je pense que c'est de la sectorisation. Pour ceux qui n'ont pas d'adresse, on va mettre une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie là où ils sont dans la rue.

Bien sûr que l'EMPP doit avoir cette sensibilité sur la précarité, mais, pour moi, un CMP qui travaille dans un quartier défavorisé doit aussi avoir cette idée du contexte et se dire, par exemple : « Je suis dans un quartier chaud, donc il faut que j'aie cette considération que je ne suis pas à Paris XVI ». Le CMP a aussi son caractère contextuel, parce qu'il va dans la cité et que, selon la cité, les choses sont différentes.

François Chobeaux : Je vais proposer une conclusion.

Si la souffrance psychique, c'est une dépression, il y a des médicaments. Olivier Jan dirait « Ça, c'est la psychiatrie péremptoire ». Évidemment. La dépression ne se soigne pas que par les antidépresseurs. On le sait pertinemment.

Le terme de souffrance psychique est né dans les années 1990-1995 quand on s'est retrouvé (Furtos, Emmanuelli, Bon, Gouiffès, Martin, moi et nombre d'autres) tous à travailler avec les zonards, les SDF, pour créer un réseau d'échange appelé Réseau National Souffrance Psychique et Précarité.

La définition d'époque de Xavier Emmanuelli est intéressante. Je vous propose de la garder, parce qu'elle élève la barre. Il disait « C'est une souffrance du vide, de l'impossibilité, c'est une souffrance du lien, et trop de souffrance casse le lien. La question n'est donc pas du registre de la psychologie, mais de la phénoménologie ou de l'existentialisme ». Il renvoyait à une construction philosophique de l'être dans son social beaucoup plus large que simplement une question de « Pas bien : pilule ». Peut-être faut-il repenser cela pour retourner au travail ?

Ne réduisons pas la souffrance psychique à la dépression. C'est plus compliqué que ça. Ou alors, c'est une dépression massive globale du style : « Je ne sais plus qui je suis, où j'en suis, ni d'où je viens ». C'est énorme et pas seulement intime, psychologique.

ATELIERS CONDUITS PAR DES EQUIPES DU RESEAU

Autour de la relation maitre-chien

Rozenn Loussouarn et Anita Chevalier, équipe de prévention spécialisée centre ville Le Mans

Contact : prevention72.centre-ville@sms.asso.fr

L'accompagnement des jeunes en errance dans l'espace ferroviaire

Anne Castino, équipe de prévention spécialisée ADSEA 06

Contact : asp-upt@adsea06.org

La rencontre santé et social en accueil d'urgence

Stéphanie Alexandre (IDE), Fanny Palao (CESF). Accueil d'urgence de Céret (66)

Présentation par un binôme infirmière/CESF

Quand la bobologie n'est qu'un prétexte !

Atelier riche en échanges et idées d'amélioration de cette rencontre primordiale.

Partage des expériences, des freins et obstacles, des possibilités.

Evidence de la nécessité d'un travail en réseau, indispensable pour éviter de cliver les approches et les personnes.

Contact : etapesolidarite@gmail.com

Les lieux d'accueil alternatifs en ville

Equipe de prévention spécialisée et Equipe mobile psychiatrie-précarité, Clermont Ferrand

Travailler avec les squats : c'est évidemment positif pour les personnes accompagnées, cela doit pouvoir se poursuivre et se développer.

Mais c'est institutionnellement complexe : double discours des responsables politiques et des directions associatives (« allez-y pour qu'on sache, mais n'y allez pas car on n sait pas c qui pourrait se passer »).. Avec parfois des discours culpabilisants et discréditants de la part de collègues, de partenaires, de responsables associatifs vis-à-vis des intervenants, qui abandonneraient alors une part de leur public « légitime » pour faire simplement de l'accompagnement ponctuel, ou pire, de la politique !

Contacts : Prévention spécialisée : ecoutille@wanadoo.fr EMPP : Marie Bofill. bofill.marie@live.fr

Hébergements d'urgence et grands exclus

SIAO et Celine Meneghini, équipe de veille sociale, Angoulême

Présentation du projet de « haltes de nuit », intéressant en tant que mise à l'abri dans une petite ville. Mais quelles suites avec les CHRS saturés ?

Problème de mixité des publics, un public en chasse un autre. Faut-il scinder les hébergements d'urgence et les accueils de nuit pour migrants et pour « droits communs » ?

Problème des moyens et de la saturation des professionnels. Le « coût de la casse » (hospitalisation, prison...) par baisse de moyens revient finalement plus cher.

La saturation des dispositifs conduit les professionnels à conditionner l'hébergement à la réalisation de démarches, alors que le droit à l'hébergement est inconditionnel.

Accompagnement socio-professionnel et droit commun

Angeline Lauzier et Hugo Motscha, Mission Locale de Rennes. Muriel Rannou, organisme de formation Prisme, Rennes

L'accompagnement socio-professionnel comme levier pour l'insertion des jeunes en errance : l'exemple du dispositif « Sortir de la rue » à la Mission Locale de Rennes et de l'action de formation professionnelle « Parcours ».

« Sortir de la rue » est né en 2008 en réponse au repérage d'un vide sur l'accompagnement des jeunes en errance de 18-30 ans à Rennes.

Au travers de permanences dans différentes structures (Accueil de jour, local de la prévention spécialisée), avec le principe du bas seuil d'exigence : souplesse et absence de contrat, entrées et sorties permanentes, prise en compte des rythmes de chaque jeune...

Un travail en partenariat et en réseau pour la prise en compte de la pluralité des problématiques rencontrées : logement, santé, insertion professionnelle... pour des accompagnements personnalisés prenant en compte les situations, les parcours...

La Mission Locale peut orienter les jeunes souhaitant s'investir dans un parcours d'insertion professionnelle vers la formation « Parcours » du centre de formation Prisme, conçue pour être l'outil de « Sortir de la rue ».

L'objectif est d'accompagner les jeunes vers une orientation et une insertion socio-professionnelle en favorisant l'accès aux dispositifs de droit commun : logement, santé, formations qualifiantes, accès à l'emploi... En termes de contenus, les jeunes sont accompagnés au travers d'ateliers et de manière individuelle. Ils vivent des mises en situation professionnelle (chantiers, stages), des projets collectifs (radio...) et des ateliers culturels ou de connaissance de l'environnement social, administratif, institutionnel, dans l'objectif de favoriser l'autonomie, la reprise de rythmes, l'acquisition de codes sociaux...

Les clés de la réussite sont un fort travail en partenariat avec l'ensemble des partenaires, et un fort maillage local.

Contacts : Prisme : Muriel Rannou : parcoursplus@prismerennes.fr. Mission Locale : hmotscha@mlrennes.org et Angeline Louzier alouzier@mlrennes.org. Le bilan 2016 du dispositif est sur <http://mlrennes.org/nos-publications/>

La prise en compte du trauma dans l'accompagnement des jeunes étrangers non accompagnés

Frédérique Stevenin, CHRS Le Lieu-dit, équipe MENA Lycéens », Aurore, Paris

Après la présentation d'une trentaine de minutes, les questions qui sont remontées portaient principalement sur la situation d'abandon dans laquelle se retrouvent ces jeunes. Constatant qu'ils avaient déjà subi des ruptures précoces, les participants semblaient s'entendre à dire que les prises en charge ASE ou Etat ne sont pas satisfaisantes : laissés pour compte dans des hôtels sans accompagnement ni occupation dans la journée, les jeunes se tournent vers la prostitution ou la délinquance pour se procurer quelques subsides.

La situation des très jeunes marocains, déjà addicts aux substances psychoactives, est longuement évoquée, car elle pose problème à Paris, mais surtout à Rennes et à Brest où leur présence déstabilise nombre de structures.

Contact : Frédérique Stevenin. f.stevenin@auore.asso.fr

Une équipe mobile psychiatrie-précarité au travail

Odile Jacquet et Paul Gaida, Interface SDF, Lyon.

L'EMPP est rattachée à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, qui intervient sur l'ensemble du département du Rhône.

Elle ne comprend pas de travailleur social. Elle est composée de 6 ETP d'infirmiers, 1,5 ETP de psychiatre, 0,5 ETP de psychologue, 0,8 ETP de secrétariat, 0,1 ETP de cadre infirmier.

Elle a 4 axes de travail : ramener vers le droit commun ; soutenir les équipes sociales travaillant avec des SDF ; déstigmatiser la psychiatrie ; développer des formations-actions.

Les demandes de prise en charge de patients sont faites par des « tiers sociaux », travailleurs sociaux et structures accueillant des SDF. Tout dispositif accueillant des SDF (hôpitaux, CCAS, PASS...) peut être tiers social et faire une demande de prise en charge.

L'activité en direction des usagers :

- Le SAMU social. Maraude hebdomadaire en binôme SAMU Social-EMPP pour présentation des nouvelles situations. Suivi psy de patients connus à la rue par les maraudes mixtes.
- Les accueils de jour : passage d'un binôme infirmier une fois par quinzaine. Renforcer le lien avec les équipes sociales, être identifiés par les usagers.
- Entretien médico-infirmier, infirmier ou psycho-infirmier possible suite à une demande de prise en charge.

L'activité avec les CHU et CHRS : entretien avec un binôme de l'équipe d'Interface suite à une demande de prise en charge. Synthèse de patients avec les équipes pluridisciplinaires.

L'activité en direction des partenaires : réunion toutes les 6 semaines dans les structures (accueils de jour, CHRS, PASS, Samu Social Lyon). Pas d'analyse de la pratique, mais faire le point sur les prises en charge en cours dans les structures. Echanger sur les situations qui posent problèmes aux équipes, conduisant à identifier les aspects psychiatriques avec ou sans orientation. Déstigmatiser la psychiatrie...

La formation-action :

Réunir les équipes des différentes structures afin d'échanger, de poser des problématiques et de proposer des solutions autour d'une thématique définie (vieillesse à la rue...)

Les activités dans la ville :

Participation au Conseil Local de Santé Mentale. Participation aux commissions « Hommes isolés » et « Psychiatrie-Précarité » de la Maison de la veille sociale. Participation à la mise en œuvre du dispositif « un chez soi d'abord ».

Discussion :

Les situations abordées dans l'atelier interrogent le lien entre le EMPP, la psychiatrie intra-hospitalière et les acteurs sociaux.

La discussion, riche, porte sur l'échange d'information concernant une personne : beaucoup d'informations sont données par les acteurs sociaux, avec peu de retours de la psychiatrie, et sur l'accueil en CHU et CHRS de ceux dont la psychiatrie ne veut pas.

Contact : interface@arhm.fr

Accueil d'urgence et accueil de courte durée en logements individuels

Articulation partenariale d'une plate forme Accueil-Hébergement-Insertion. Brive la Gaillarde

Roxane Soudry SIAO Corrèze, Elodie Delattre et Franck Blavignac CHRS B. Pattier, Steven Imbert médiation sociale de rue CCAS

Contacts : soudry.roxane@neuf.fr, elodie.delattre@brive.fr, franck.blavignac@brive.fr, steven.imbert@brive.fr

Les jobs à la journée

Ithaque Strasbourg, prévention spécialisée Strasbourg, et CAARUD Le Mail, Amiens

Contacts :: Ithaque : joelle@reseau-rms.org, jsuss@ithaque-asso.fr,

P.S. Strasbourg : jeanvoine@entraide-relais.fr , prevention@entraide-relais.fr

Amiens : prevention@assoc-lemail.net, christine.lebail@assoc-lemail.net, caarud.laparenthese@orange.fr

La formation aux questions de l'errance du point de vue d'étudiant-es

Amandine Chevaucherie, Caroline Chapelle, Virginie Tarreiras, Alexandra Chaput, Etudiantes ASS à l'ITSRA Clermont Ferrand

Formateur référent : thierry.morel@itsra.net

Maraudes et travail de rue en partenariat

A Strasbourg : CAARUD Ithaque, équipe de prévention spécialisée

Rappel : **le** cadre conceptuel n'est pas le côté Maraudes « caritatives, humanitaires » ponctuelles, centrées sur le service à rendre. Notion de « tout public », sanitaire, temporalité plus longue pour le travail de rue (différence de l'urgence). « Tradition » des publics circulant entre les grandes villes (Rennes, Toulouse, ...). Important maillage associatif, caritatif, social. Attraction des manifestations du type « marché de Noël ».

Rappel du « diagnostic » : public très circulant, jeunes en squats (éphémère), stagnant en centre-ville en journée. Souhait de la Ville de ne pas laisser s'installer les groupes.

Présence de divers intervenants sur le territoire : équipe medico-sociale de rue de la Ville (maraudes « classiques »), deux équipes de prévention spécialisée, deux associations d'addictologie. Les uns et les autres se connaissent mais ne travaillent pas régulièrement sur des situations. Origine de la collaboration : souhait notamment de l'infirmière de l'équipe medico-sociale de rue de partager l'inquiétude autour de certaines situations (cas sanitaire lourds par exemple).

Constats diversifiés : soupçons de prostitution, errance, dégradation de la santé psychique.

Notions de méfiance de l'institution. Importance d'incarner l'institution, développer les liens personnalisés.

Réseau devenu partenariat fonctionnel. Pas de conventionnement entre les associations : c'est une liberté et une force. Exploiter les marges, volonté de personnes, fluidifier les relations, permet de dépasser les difficultés interinstitutionnelles.

Modalités d'actions communes : travail de rue en binômes mixtes, réunion mensuelle, plaquette commune (une institution = une personne, un numéro).

Echanges durant l'atelier

- Importance de prendre en compte l'environnement du territoire dans le « aller vers »
- Différence entre les pratiques dans les diverses villes : oser ce projet !
- Anonymat, confiance ? Le principe du secret partagé permet cela. La confiance s'est solidifiée pour soutenir cette notion.
- Information des jeunes ? Oui, dans les échanges. Plaquette montre le réseau actif.
- Formalisation : pourquoi ne pas formaliser ? L'enjeu n'est pas institutionnel en tant que tel mais transparent dans le sens de la restitution (rapport d'activité, bilans, projet de service). Repérage par les jeunes de ces collaborations : très positif car non « habituelle » et un nombre important d'institutions présentes créé parfois une confusion pour le public.
- ? les jeunes n'ont-ils pas l'impression d'être « fliqués » ? Importance de l'explications claires. De toute façon l'information circule entre les jeunes, les groupes !

A Saint Nazaire

Katell Olivier et Damien Poyet, ANEF-FERRER

Maraudes pluridisciplinaires (social, sanitaire) depuis 2010. L'association reprend une maraude préexistante, financée exclusivement par la ville (CCAS), après un appel à projet.

Protocoles avec l'hôpital de St Nazaire et un avec un CSAPAA-CARUUD : définir ce qu'on a en commun, c'est ce qui est mis en avant face aux personnes rencontrées.

Contexte : un grand mouvement « panique » avec tout le monde qui voulait « Aller vers » (associations, bénévoles, ...). Diagnostic nécessaire sur les réalités des squats et de la typologie des besoins, sur les « doublons d'intervention » avec l'ensemble des partenaires.

Public : personnes qui occupent l'espace public, avec une priorité sur les plus éloignés de l'institution (travail important sur la différence entre « trainant à la rue, squatteurs » et les personnes « réellement à la rue à l'année »).

Modalités d'intervention : une maraude pro par semaine (binômes mixtes). Maraudes bénévoles : Croix Rouge le vendredi soir et la Protection civile tous les jours en plan grand froid. Intervention en lien avec les signalements 115, l'hôpital, la PASS, les maraudes bénévoles (diagnostic partagé).

Missions de coordination des équipes de bénévoles, liens avec l'hôpital et les CSAPAA-CARUUD : nécessité de protocolisation car changements de pratiques nécessaires post-diagnostic.

Ré-interrogation du projet car le retour vers l'institution est une réussite ! Les personnes les plus en décrochage sont tous suivis au CARUUD. Importance de l'évaluation pour être au plus juste des besoins.

Distribution par les équipes pros : plus de distribution, valorisation du bénévolat qui la prend en charge.

Arrêt du soin dans la rue ! Médecin maraude, personnification, facilite le retour vers le droit commun.

? des jeunes ? Petite ville, vigilance sur le respect des réseaux et du travail des uns et des autres.

Gros travail de fermeture de squats : sur le diagnostic de locaux dangereux, Protection. Options de squats de moins en moins possibles.

Echanges en atelier

Echanges autour de « faire bouger » les gens, signalements : information, orientation, légitimité ? Places, confusion ? Financement = obtempérer ? Qui va être le mieux placé pour accompagner cela ? Confiance comme base du travail social : quel prix dans ce cas ? Place des cadres dans ces situations ?

Maraudes citoyennes :

- Quels liens avec ces initiatives ? Elargissement à tous les acteurs, coordonner en fonction de priorités. Qui est ce qui coordonne le lien avec ces initiatives ? Besoin de prise de recul des bénévoles/citoyens : différence d'avoir été formé et appris.
- Qu'est-ce que cela renvoie aux travailleurs sociaux ? Faut-il s'interroger là-dessus sur nos pratiques ? Qu'est-ce que cela renvoie à la société civile (information, médias, ...) ?
- Question d'échelle : taille des villes, des territoires, nombre et typologie des intervenants.
- Posture professionnels/bénévoles : exemple « épuisant » de binômes, difficulté de travailler sur les affects. Pourtant choix par les personnes à la rue de s'adresser à ces personnes. Comment travailler sur la reprise avec ces mouvements-là ?
- Question de pouvoir sur les questions de places entre les professionnels et les bénévoles : initiative individuelle, défiance de l'institution, surenchère des dons matériels versus ras le bol des publics. Importance de dialoguer avec les citoyens qui souhaitent s'investir dans un élan de solidarité.

Contacts : pour Ithaque : Jean Suss, jsuss@ithaque.asso.fr, Prévention spécialisée Béatrice Jeanvoine jeanvoine@entraide-relais.fr. Pour Saint Nazaire : k-olivier@anef-ferrer.fr, d-poyet@anef-ferre.fr

La place des usagers et des bénévoles dans les dispositifs d'accueil

SIAO Tarbes et accueil de jour de Saintes

Contacts : SIAO Tarbes alain.perrin@croix-rouge.fr et Thierry Fischer, membre du Conseil régional ds personnes accompagnées, même adresse. Saintes : tremplin17-saintes@orange.fr

Comment accompagner une demande de mise à l'abri dans la pénurie des dispositifs adaptés ?

Françoise Izaac et Magali Baben-Clarion, équipe mobile sociale et de santé de Toulouse

Contact : francoise.izaac@orange.fr et eric.baben@icloud.fr

Comment concilier anonymat et partenariat

Anne Derrien, Marie Letissier, Gaël Quenehervé, Accueil de jour de Brest

Contact : ccas-point-kerros@ccas-brest.fr

Travail de rue croisé prévention spécialisée-CAARUD

Christine Lebaill. Le Mail, Amiens.

Nous avons présenté l'ensemble du travail mené dans la rue par l'association :

- **le travail de l'équipe de prévention en direction des jeunes de moins de 26 ans** qui sont à la rue et en errance et

- **le travail réalisé par l'équipe du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** qui fait des maraudes en direction des jeunes et moins jeunes dans le cadre de sa mission.

Dans le premier projet il s'agit d'aller vers les jeunes de moins de 26 ans, quatre demies journées par semaine dans le centre-ville d'Amiens et aux alentours (parcs, gare...). L'équipe est composée de personnes qui travaillent en prévention mais aussi au CAARUD ce qui permet d'être plus à l'écoute des sollicitations des personnes plus âgées et d'établir plus facilement des connexions avec le soin et/ou la réduction des risques (RDR).

Depuis deux ans nous avons mis en place un lieu que nous avons nommé « L'Elan » pour essayer de rencontrer les jeunes en dehors de la rue en les invitant à venir se « poser » avec nous. Ce lieu représente un « temps intermédiaire » un accueil où le jeune est peu contraint et dans lequel nous n'allons pas lui demander grand-chose. Il s'agit d'une sorte de tremplin, de lieu ressource pour essayer de ne pas les devancer sur le terrain de leurs envies et de leurs demandes.

Nous sommes situés sur un pôle jeunesse, près de la consultation jeunes consommateurs, ce qui peut aussi permettre petit à petit d'établir des passerelles. La psychologue qui participe aux maraudes reçoit également en individuel à la CJC.

Nous participons aux réunions de réseaux avec les partenaires de l'hébergement d'urgence, de l'hébergement, de l'insertion sociale et professionnelle, les foyers et structures PJJ, les structures caritatives afin d'essayer d'apporter les réponses les plus adaptées possibles et en notre mesure pour aider et soutenir ces jeunes. Ces réunions ont lieu tous les deux mois environ en se rendant à chaque réunion chez un partenaire différent et en invitant d'autres professionnels. Elles permettent d'échanger autour de situations individuelles connues de plusieurs structures et de faire des liens entre la santé, l'hébergement, l'insertion.

Régulièrement, un éducateur se rend aux commissions volet urgence du SIAO pour émettre un avis ou soutenir une demande.

Dans l'atelier nous avons échangé sur les délais d'attente pour obtenir un hébergement d'urgence qui sont relativement courts sur Amiens mais par contre l'accueil des jeunes accompagnés de chiens n'est possible dans aucune des structures et les personnes en couples ne peuvent pas être hébergées dans un même lieu. Ces jeunes font donc plus souvent le choix de dormir dans un squat, un hall d'immeuble ou une voiture. Nous avons établi une convention avec un CHRS pour que 2 lits puissent être accessibles sans avoir à passer par le 115 pour des jeunes que nous connaissons et avec lesquels une démarche de soin s'engage.

Nous espérons que le groupe de travail mis en place dans le cadre du CISPD sur l'observatoire de l'errance et les remontées statistiques (états des lieux) permettront de dénouer ces situations problématiques liées à l'hébergement (état des lieux plus complet de la situation des jeunes en errance vis-à-vis de l'hébergement, et de l'hébergement d'urgence afin de faire remonter les réels besoins aux institutionnels).

Par ailleurs, l'équipe du CAARUD met en place des présences dans les rues sur Amiens (quartiers prioritaires) et dans certaines communes du département (Friville Escarbotin, Péronne, Doullens, Roye). Ils vont au-devant des usagers de drogues qui ne peuvent fréquenter le CAARUD d'Amiens ou son antenne à Abbeville par manque de mobilité dans le but de les aider et de réduire les risques liés aux consommations. Pour cela ils se mettent également en relation avec les pharmacies (dépôt de plaquettes et proposition de conventionnement pour des programmes d'échanges de seringues).

Des actions sont menées conjointement par les équipes CAARUD et prévention lors des événements festifs toujours avec la même finalité d' »aller vers » les personnes qui ne fréquentent pas les structures d'accueils et qui sont en des prises de risques.

Contact : christine.lebail@assoc-lemail.net, prevention@assoc-lemail.net

François Chobeaux

Que retirer de ces trois jours d'échanges et de travail, qui fasse guide pour l'année à venir ? Trois grands points.

Accès à l'hébergement : le besoin de capitaliser et de transférer

Nous n'en sommes plus à la période des « expérimentations ». Elles ont eu lieu, les équipes en ont fait les bilans. Aujourd'hui il est nécessaire de mettre côte à côte toutes les expérimentations, quelle que soit leurs origines et leurs financeurs : « Un chez soi d'abord » pour le volet psychiatrie, les actions portées par les crédits interministériels d'expérimentation Jeunesse, les actions construites en lien avec la DIHAL, et celles, parfois plus discrètes, montées avec l'aide de DDCS dynamiques. Il faut les mettre côte à côte pour que leurs porteurs identifient ensemble ce qui est transférable, pointent les difficultés auxquelles s'attendre, fassent profiter toutes les équipes de leurs expériences.

Ceci est déjà en discussion avec la DGCS et la DIHAL.

Travailler à la place active des usagers et des bénévoles

Comment faire vraiment vivre les Conseil de la Vie Sociale dans les CHRS, pour qu'ils soient autre chose que des lieux d'ennui, artificiels et sans pouvoirs ? Quels fonctionnements collectifs dans les accueils de jour ? Quelle place pour des citoyens volontaires, non rémunérés pour cela ? Nous avons à y travailler, vite, pour deux raisons. La première est fondamentale : la nécessité de sortir d'une action sociale assistancielle mise en œuvre exclusivement par des salariés. Les destinataires, les usagers doivent être le plus possible actifs dans cette affaire, qui doit également associer des citoyens aux spécialistes payés pour cela. D'autre part, donner une base sociale ouverte aux actions du social est un des moyens de les défendre, de les soutenir et de les préserver en faisant qu'elles ne soient pas que la question de destinataires muets ou de professionnels inaudibles.

Réfléchir à la place faite aux femmes dans les actions d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement

Ne pas y réfléchir conduit soit à ignorer ce qu'elles peuvent avoir de spécifique en ne se posant pas la question, soit à les enfermer dans une spécificité traditionnelle d'assistées et de victimes à surprotéger. Comment travailler avec elles sur leur statut de femmes à la rue, en errance, avec tous les rapports de domination qui y sont liés ? Faut-il penser à des propositions, des moments, des espaces, qui leurs soient particuliers ?