

RETOUR SUR ECOUTES DE LA PRECARITE

L'importance donnée au sécuritaire et aux pratiques répressives en psychiatrie par la Présidence actuelle, qui s'est confirmée par le discours d'Antony du 2 décembre 2008 après la tentative de les inscrire dans la loi de prévention de la délinquance de mars 2007, nous avait amené dans un premier temps à titrer cette intervention *Le travail de réseau est-il une pratique d'assistance à personne en danger ?*

Cette dimension de politique de la peur doit être située dans un contexte d'accroissement de l'état d'insécurité sociale (Robert Castel) où nous sommes régulièrement interpellés à sortir de la rue ceux qui y font désordre. La stigmatisation au nom de la dangerosité potentielle des malades mentaux et des populations errantes est une constante du discours présidentiel et de son gouvernement depuis 2 ans en réaction à l'émotion populaire déclenchée par des événements meurtriers les impliquant.

Or ces populations non seulement commettent statistiquement moins de délits graves que la moyenne de la population globale, mais sont d'abord les victimes de la violence sociale de part la situation extrême d'être à la rue et d'autre part de leur vulnérabilité. Ce qui fait sens à la notion de réseau est donc un engagement de protection et non de violence supplémentaire. **Sa finalité est dans le prendre soin global et non une action de police, dans le travail de médiation et de négociation qui permettent des soins dans le droit commun.** Cette affirmation de l'accès aux soins et d'un accompagnement protecteur est l'objet d'élaboration de chartes éthiques entre intervenants du sanitaire et du social en lien avec le reste de la population et ses élus.

La multiplication des équipes mobiles psychiatrie précarité après celle des maraudes associatives nous confronte parallèlement à une mobilisation désordonnée marquée par le chaos de la pensée, lié aux vécus violents ressentis, devant l'ampleur des corps déchus et des campements dans la rue. Elle vient comme un désir social de solidarité et une nécessité politique face au nombre croissant de sans abris et de personnes malades en rupture de soins et dans le refus de soins.

La question des pratiques éthiques et de traitement du sens de vivre à la rue nous a amené à revenir sur un texte que nous avons publié en 1997 et à intituler finalement cette intervention *Retour sur l'écoute de la précarité*. Ils sont l'occasion de faire le point sur l'évolution et les conditions de nos pratiques mais aussi sur la diversification et l'extension des populations concernées.

1/ Quand nous avons commencé, en tant qu'équipe de secteur psychiatrique du centre de Paris, à nous investir dans l'accès aux soins des exclus, ce fut dans la pratique d'interface d'un centre d'accueil et de crise créé en 1990 au sein d'un quartier parisien. La population SDF était alors essentiellement exclue de façon durable, aux marges de la clochardisation, dans laquelle les patients relevant de la psychiatrie était du même ordre statistique que dans la population globale.

Le travail clinique a été de définir les symptômes de cette souffrance psychologique d'être à la rue, cette souffrance d'être dans la perte et l'absence d'avenir en dehors des pathologies psychiatriques reconnues. Nos références théoriques ont été des travaux sociologiques et psychanalytiques :

- Les notions de vulnérabilité et de désaffiliation (Robert Castel), de déprivation (Winnicott)
- Les écrits sur la honte (Vincent De Gauléjac) et le narcissisme (Fénelon et Ferenczi)
- La disqualification (Serge Paugham)
- Le transfert négatif (Nathalie Salzman)

- L'errance

Nous avons dégagé les premiers éléments conceptuels qui permettent de penser une pratique clinique de l'homme exclu :

- La perte s'affirme par l'ampleur des sentiments d'abandon et la désymbolisation
- Le remaniement des repères de temps et d'espace centrés sur les itinéraires de survie
- L'évitement et la récusation de toute aide
- L'importance de la répétition traumatique
- La place des symptômes de honte et des replis mélancoliques
- L'alcool et les toxiques comme échappement à l'insupportable
- L'indicibilité du vécu et l'absence de paroles adressées

et de penser la nécessité dans l'approche de l'inefficience de nos savoirs et nos pratiques institutionnelles pour créer les conditions d'un accueil personnalisé et de l'hospitalité du lieu de soin. Le travail en lien avec les partenaires du social a fait apparaître la pertinence de réseaux centrés sur la personne errante, où chacun intervient dans ses compétences.

2/ Les limites dans l'accès aux soins de cette pratique nous a amené à « aller vers » les accueils associatifs, comme une pratique d'écoute et non de déplacement du lieu de soin afin de préserver la dimension éthique du travail de soin. Nous avons découvert en pratique la dimension sociale et les caractéristiques anthropologiques de la marginalisation, centrés sur la socialité archaïque qui préside aux échanges que René Kaës décrit comme un pacte narcissique échappant à la relation d'objet. Dans ce type d'errance ne pas accéder à un toit est une identité de substitution partagée entre personnes à la rue, voire de résistance, les échanges étant centrés sur un petit commerce permanent de produits et d'objets de survie narcissique.

Cette pratique déplace l'interface du lieu psychiatrique vers le social où le lien est d'abord d'accéder à des cultures de la rue, ce que nous avons exploré dans des groupes de paroles à travers lesquels la constitution d'une parole adressée à un soignant a été la finalité recherchée, donc un lien qui fait appel à la relation d'objet et se constitue psychiquement comme un lien social possible.

La notion de réseau centré sur le sujet en errance a pris toute son ampleur, avec la nécessité de l'aide aux aidants qui est le traitement de la souffrance psychique de ceux-ci à être confrontés à la souffrance sociale de la rue et aux impasses du lien altéré. Les pratiques cliniques en sont modifiées avec l'élaboration de ce que Jean Furtos nomme clinique psychosociale. La honte, la mélancolisation du lien (Olivier Douville), le partage des vécus traumatiques et la souffrance psychique qui en résulte, la place centrale du corps comme expression du psychique jusqu'à l'incurie et l'auto-exclusion en sont les principaux éléments. La théorisation de cette pratique passe donc par un travail d'institutionnalisation du réseau comme mode d'approche et sa définition par des chartes éthiques entre institutions.

3/ Ces dernières années ont cependant été marqués par une évolution des pratiques sociales d'approche des personnes à la rue tant par la multiplication des maraudes associatives que par les politiques sociales qui ont amené l'approche clinique directe des équipes psychiatriques dans la rue.

Avant d'aborder cette approche, il est nécessaire de repérer le lien entre la situation d'exclusion comme phase terminale de la précarisation, car la population à la rue s'est considérablement

diversifiée rassemblant toutes les victimes des politiques de précarisation liées à l'économie néolibérale, à l'aggravation constante des inégalités sociales et aux politiques répressives de l'immigration : il est quotidien d'y rencontrer des immigrés sans papiers, des travailleurs pauvres, des femmes isolées, des adolescents en rupture scolaire et familiale, et de plus en plus des patients en rupture/refus de soins. Une part de cette population n'est pas encore totalement exclue, gardant des liens sociaux qui permettent d'être des appuis dans un accès aux soins, à un toit, aux services sociaux. Le réseau institutionnel d'aide se rapproche de celui de la population générale. Ce sont des personnes plus désaffiliées qu'exclues. La désymbolisation de la vie à la rue et des pratiques de la survie dans la durée peut cependant aboutir à l'exclusion. L'aide à ce stade du début de la précarisation est donc la plus efficiente et doit être une préoccupation quotidienne des réseaux médicosociaux généralistes, constituant une véritable prévention de l'exclusion.

Il n'en demeure pas moins que l'approche des exclus dans la rue reste un problème majeur où ce réseau institutionnel autour et avec la personne est à construire. Les maraudes sont les premiers partenaires, mais aussi souvent les moins professionnalisées. L'approche nécessite un triple travail : auprès de la personne exclue, d'appui soutien aux intervenants et de formation éthique, afin de sortir de la compassion et du rejet quand l'échec pointe. L'approche de la personne passe par la pugnacité des passages réguliers, annoncés même à celui qui refuse tout contact, par le « prendre soin » dans toute sa dimension éthique. Les prestations de base des maraudes en termes de café, sandwiches, tentes et sacs de couchage, accompagnent le prendre soin du corps. Chaque campement de rue est marqué par des spécificités qui font la personnalisation de l'errant : la posture, les habits, l'organisation des objets jusque dans les détails sont autant de points d'accroche à un passé, comme un reste de lien humain qui parle. Les équipes soignantes psychiatrie précarité sont donc amenées à décrypter et mettre des mots sur ces traces, ainsi que les bribes d'histoire évoquées dans les passages. C'est ce travail de construction de mots restitué à l'errant qui fait structure de sens et qui rend compte de la souffrance psychologique. C'est aussi à travers lui qu'apparaissent les problématiques pathologiques. Ces passages permettent également de repérer le réseau de ressources informelles constitué des personnes du quartier qui viennent ponctuellement en aide, qui sont le cadre de survie. Le travail de réseau avec les maraudes est ainsi centré sur la situation corporelle, les évolutions du campement, les itinéraires singuliers de l'errance qui fondent une histoire qui fait lien. Le réseau est d'abord cette fondation d'un lien social restituable et base d'appui institutionnel à toutes les démarches nécessaires à la sortie de cette situation. L'accès aux soins est donc d'abord ce « prendre soin » autant qu'accéder à une structure de soin de droit commun, mais aussi à des accueils de jour, des lieux d'hébergement ou des lits halte soin santé.

C'est ce travail qui amorce un lien, le construit et va souvent nécessiter de le continuer même après cet accès à une structure. Tout arrêt, tout manquement aux liens entre partenaires, toute coupure risque de devoir recommencer à zéro. C'est d'ailleurs ce que nous disent de nombreux errants qui commencent à accepter notre aide.

L'interface de l'équipe soignante psychiatrie précarité a donc été déplacée du lieu d'accueil psychiatrique, à celui du social et dans la rue. Elle est notre engagement dans le réseau.

4/ Cette définition du réseau est cependant aujourd'hui menacée par les politiques normatives institutionnelles et d'ordre public comme nous l'avons souligné au début de cette intervention.

Le paradigme gestionnaire s'installe pour traiter de la précarité. Les équipes mobiles en sont une des lignes directrices, avec un cahier des charges centré sur le retour de l'investissement. Nous ne nous travaillons pas dans cette logique mais y sommes inexorablement inscrits pour bénéficier des financements. Comment faire pour maintenir la créativité clinique indispensable, **où en somme nous dans les pratiques cliniques auprès des précaires ?**

Le refus d'une psychiatrie spécifique a été constitutif de ces pratiques, dès le rapport Psychiatrie et grande exclusion de 1996, dont l'orientation était l'accès au droit commun. L'exclusion ne doit pas se pérenniser par le soin qui est création de liens vivants de réciprocité subjective et de réciprocité de droit, une forme de ré affiliation à la citoyenneté. Ce travail de lien s'élabore dès l'intervention initiale, dans le prendre soin et les premiers soins. **L'équipe mobile n'est donc pas une alternative au secteur mais une interface vers le secteur**, question difficile tant les nouvelles gouvernances actuelles le marginalise dans une perspective d'efficacité médicalisée et de gestion à flux tendu, qui fait du précaire une variable d'ajustement rendant l'accueil problématique.

Ce travail d'interface entre l'insécurité sociale et le soin est donc par définition un travail de **négociation** aussi bien du côté du social que du sanitaire pour chaque sujet précarisé. Ex. Il ne peut être d'abord une réponse en urgence ou d'hospitalisation qui réduisent la réponse au trouble du comportement et à l'ordre public.

Que signifie sortir de la rue ? Sortir de la rue est un projet de changement de vie, mais aussi une démarche sociale qui donne de vraies chances au sujet. Le soin est un moment de cette démarche qui restaure des liens intersubjectifs avec le sujet. La contrainte n'est qu'un dernier recours Ex. La question du **temps à prendre comme rencontre réciproque avec le sujet en souffrance psychique** est essentielle pour faire de la clinique avec le patient et son environnement. Mais c'est aussi une action de refus des politiques d'insécurité sociale qui créent désaffiliations et exclusions.

Car **c'est d'abord à la situation d'errance que nous devons reconnaître dans sa singularité**. Il apparaît que cette **situation extrême entraîne des défenses psychiques multiples** qui ne sont pas d'emblée psychopathologique. La mélancolisation, les vécus traumatiques, les réactions paranoïaques sont des défenses d'abord normales, dans le sens où elles sont les propres normes défensives que le sujet a élaboré pour résister à l'inhumanité, voire la bestialité de son mode d'existence. Les apports que sont l'alcool ou les toxiques sont à repérer dans la même perspective, et ceci d'autant plus qu'ils produisent les troubles du comportement les plus manifestes.

La continuité des passages est ce qui va construire la possibilité d'un lien et dégager ce qui relève d'une psychopathologie plus structurelle, mais aussi nous alerter sur les dangers courus par celui qui est laissé pour compte à la rue. **Le consentement à des soins en est la finalité**.

L'institution du réseau se fait autour des besoins du sujet et avec son consentement, où chacun des intervenants participe avec sa compétence, sans confusion des rôles, à cette finalité. Quel travail d'accueil psy ? Comment travailler le refus de soin ? Les douleurs du corps deviennent un projet collectif entre intervenants.

Le travail avec les partenaires... Quel accueil social ? La question du toit, se dégager de la réponse caritative ? Le risque de nouveaux asiles sociaux avec une stabilisation sans moyens d'insertion en est

l'expression. Elle est déjà très actuelle tant les politiques de logement social sont en panne, malgré les annonces faites après la médiatisation des mouvements de tentes ou des morts dans la rue.

Qu'est ce qui définit un réseau ? Il est l'institution **d'une clinique psychosociale** qui s'inscrit comme une action commune auprès du sujet en souffrance psychique, dans laquelle chaque partenaire va être une ressource pour l'autre. La psychiatrie est alors une ressource d'appui soutien et de formation aux équipes sociales et associatives. Dire cela n'est pas être dans la confusion des compétences, mais leur articulation. Mais le risque est très présent, au nom du secret partagé, de transgresser le secret médical qui est d'abord le respect de l'intimité du sujet. Le secret partagé ne peut donc être que l'échange d'éléments pratiques pour aborder la situation, et non la reconstitution d'une histoire intime. Un travail serré doit être fait sur l'histoire sociale, tant celle-ci peut être objet de disqualifications. Par exemple, un séjour antérieur en prison ne peut être l'objet d'un échange en dehors d'un cercle éthique. Ce cercle est celui de ceux qui sont durablement engagés auprès de la personne à la rue. C'est le principal élément d'un réseau resserré. De ce point de vue les chartes éthiques sont utiles en terme de formation, mais inefficaces dans la pratique large du sujet partagé. Ce réseau est particulièrement utile pour accompagner le soin. Il fait structure d'une recomposition sociale symbolique.

Pratiques d'interface avec les secteurs.

La négociation pour accéder aux soins ne va pas de soi tant le projet travaillé avant a des difficultés à être partagé par l'équipe d'accueil. On mesure à cette occasion un repli ou le retard de l'idée du secteur qui est fondamentalement soigner dans et avec la communauté. De même l'équipe mobile (avec son réseau social) doit rester une ressource et être présente après l'accès du précaire à une structure de soin, ce qui est rarement admis par les équipes de secteur, comme dans les services de médecine hospitalière. La circulaire du 23 novembre 2005 préconisait la nomination de référents précarité dans les équipes de soins psychiatriques. Nous nous sommes attachés à ce travail et avons pu constituer dans l'établissement dont nous dépendons une coordination mensuelle avec les référents des secteurs. Cette pratique reste exceptionnelle.

Soulignons que rester présent ne peut être « décider des orientations thérapeutiques du secteur », mais rester présent pour la personne accompagnée.

L'accompagnement se fait avec la personne et les tiers qui sont mobilisés par sa situation. Elle s'inscrit dans sa position humaine et non comme une technique en soi, contrairement aux pratiques fréquentes d'accompagnements dits thérapeutiques mais imposés au patient sans qu'un travail clinique l'ait mobilisé. Cette question n'est pas spécifique de la psychiatrie tant il s'est répandu dans les pratiques sociales « pour le bien » de la personne. Cette position de mise sous tutelle est particulièrement infantilisante et disqualifiante.

Quelle éthique

L'éthique est légitimement renvoyée au traitement du secret médical. Pour nous celui-ci doit être absolu pour l'intérêt du patient, en dénonçant par ailleurs son utilisation à des fins purement corporatistes de silence sur certaines pratiques médicales. Le patient a les droits d'un usager d'un service public de santé et la loi du 3 mars 2002 sur ses droits à l'accès aux informations médicales le concernant est une réelle avancée. Il est regrettable de ce point de vue que l'on ait mêlé la question

de la libre consultation du dossier comme obligation juridique et administrative à cette information qui est une obligation éthique.

Mais ici elle est aussi une question de pratiques de rencontres, d'accès aux soins, d'accompagnement où la reconnaissance de la situation de souffrance sociale et du droit de libre arbitre du sujet à préserver son intimité et être traité avec dignité est essentielle. L'ensemble des points cliniques précédents sont traités dans cette optique.

Nous avons souligné également que sa situation sociale ne doit pas être source de nouvelles discriminations dans l'accès aux soins. Ces discriminations sont de plus en plus fréquentes, et de plus en plus de personnes en rupture de soins se retrouvent durablement à la rue. Elles s'inscrivent dans une vision dite maîtrisée de la gestion du soin au détriment du soin. Mais aussi elles participent de l'idéologie sécuritaire ambiante, violence surajoutée à la violence d'être à la rue, et aux politiques de la peur ? Nous ne sommes pas partie prenante de sorties de rue contraintes en dehors de situations médicales clairement repérées comme un danger pour la personne, mais pas plus à un toit qui serait une nouvelle rétention comme programme politique.

Il y a urgence à faire des conseils de santé locaux avec les élus et les intervenants du social et du sanitaire qui ne soit pas une nouvelle gestion de l'exclusion de la folie et de la pauvreté. Le soin passe par cette réciprocité intersubjective avec des sujets en souffrance à respecter dans leur citoyenneté.

Ce sera ma conclusion.

Jean pierre Martin