

Décembre 2013

UN CADRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE POUR LA NAISSANCE D'UN DÉsir DE SOIN CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE.

Delphine SCHLUB
Infirmière

INTRODUCTION

J'ai exercé trois ans en tant qu'infirmière, avec ma collègue assistante sociale, dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé psychiatrique destinée à orienter les personnes sans domicile fixe vers le soin psychiatrique. Le cadre institutionnel de l'accueil de jour où j'exerçais pour aller au devant de ce public, ainsi que « le cadre institutionnel désinstitutionnalisé » (voir J. HOCHMANN) du dispositif de soin, indépendant de l'association, n'étaient pas suffisamment pensés pour garantir la contenance et la sécurité tant physique que psychique favorisant cette approche thérapeutique.

Afin d'engager une réflexion sur la faisabilité d'un tel projet, c'est-à-dire amener dans une structure associative d'accueil d'urgence un dispositif de soin psychiatrique dont la mission est de favoriser l'émergence d'un désir de soin chez les personnes sans domicile fixe, je commencerai dans une première partie de ce travail, dans le champ de la clinique psychosociale, par faire une analyse descriptive et psychodynamique des personnes sans domicile fixe en m'inspirant de différentes études sur l'errance et sur les troubles limites de la personnalité. Puis, j'exposerai mes réflexions sur les enjeux relationnels et transférentiels lors des situations d'entretien. Enfin, je me baserai sur le concept de dispositif-cadre thérapeutique pour définir des conditions d'accueil indispensables à l'accompagnement vers la relation thérapeutique.

I/ Analyse descriptive et psychodynamique des personnes vivant dans la rue, dans le champ de la clinique psychosociale.

A/ la clinique psychosociale.

Apparue en 1999, la clinique psychosociale s'intéresse à la souffrance psychique du sujet en situation sociale précaire. Elle décrit un ensemble de

processus psychiques, intrapsychiques et intersubjectifs conscients et inconscients entre le Sujet et l'Autre. La souffrance psychique, différenciée de la pathologie mentale, s'exprime sur les lieux très variés du travail social où le principe de réalité met face aux multiples pertes et aux angoisses qui y sont liées. Les travailleurs sociaux qui reçoivent les demandes d'aide (à l'obtention d'objets sociaux) sont donc les premiers témoins et réceptacles de cette souffrance psychique qui s'exprime parfois explicitement, mais surtout par des comportements, des tentatives psychiques de déliaison qui empêchent le travail social. Face à ces manifestations de souffrances sans demande de soin, les travailleurs sociaux deviennent les premiers porteurs du désir de soin pour la personne dont ils s'occupent. Ils vont tenter d'obtenir son consentement pour une rencontre avec un représentant du soin psychique qui participera en partenariat avec le réseau à l'appropriation par le patient de la demande de soin. Ces personnes ne nécessitent pas d'hospitalisation, sauf en situation de crise aiguë. Donc, le soin, qui pourra leur être donné au quotidien dans l'interdisciplinarité, doit être pensé à partir des lieux du travail social en partenariat avec les institutions hospitalières et aménagé en fonction des possibilités qu'offre la réalité de la vie des SDF. De plus, les intervenants s'attacheront à considérer la personne dans sa singularité et dans ses mouvements psychiques engageant les processus de subjectivité.

Pour notre travail nous nous préoccupons uniquement des « grands exclus » : les sans domicile fixe. Il est nécessaire de chercher à comprendre certains traits comportementaux et de personnalité symptomatiques caractéristiques de ces personnes. Il faut toutefois rester vigilant. En effet, les gens qui vivent dans la rue peuvent provoquer en nous l'impression défensive qu'ils sont indifférenciés entre eux mais nettement différenciés de nous. C'est sans doute à la fois la cause et la conséquence de la disparition du sujet induite par les mécanismes d'exclusion sociale mais aussi par les mécanismes psychoaffectifs de déliaison des SDF. Leur pathologie du lien sert au besoin de bouc émissaire de la société. Il est donc indispensable que les acteurs du travail social et sanitaire maintiennent leurs propres capacités à préserver la singularité des personnes suivies. Ainsi, l'analyse des symptômes par l'approche psychodynamique est garante de la permanence de l'effort de subjectivation des usagers par les professionnels.

B/ Analyse.

Le symptôme principal à étudier est celui de l'errance, ou plutôt, de l'incapacité à se loger. Les priorités quotidiennes de ceux qui vivent dans la rue sont de l'ordre de l'urgence : manger, dormir en sécurité, se défendre des agressions environnementales, obtenir et consommer des produits psychotropes (alcool, drogues, tabac...), ensuite réparer des parties du corps devenues trop

douloureuses par le biais des services d'urgences où ils ne seront pas assignés à revenir, aller aux rendez-vous sociaux où la relation est conflictuelle... toujours être en déplacement, ne pas se retrouver seul, choisir des lieux publics où les stimulations sensorielles environnementales coupent la relation avec les éprouvés internes¹. Les multiples propositions d'hébergement en collectivité ou en logement autonome seront régulièrement mises en échec à cause de comportements transgressifs et/ou parce que l'accès à un lieu à habiter, où il faut faire face à la solitude, à la confrontation à soi sans le miroir proposé par le regard de l'autre, et sans « la suppléance narcissique »² du travailleur social, entraîne des crises d'angoisse insoutenables et le retour à la rue, qui demeure finalement moins dangereuse psychiquement puisqu'elle impose l'agir pour une économie de la pensée. La rue est donc un espace isolé qui protège des conflits de la relation à soi et à l'autre en dénégarion de la place du sujet. Autrement dit, ils n'ont pas de « chez soi » intrapsychique et ils ne peuvent pas vivre « chez l'autre ». Le « Je », qui unit le corps et l'esprit, ne demande rien ; le « Je » ne reçoit pas les demandes. Existe-t-il seulement ? Le Moi n'est pas assez solide pour médiatiser les conflits entre le Ça et le Surmoi. La question est donc de savoir ce qu'il y a de si douloureux pour eux à s'inscrire dans le désir de l'autre, à désirer quelque chose en l'autre, à mettre de soi en l'autre, ce qui implique au préalable d'avoir pu construire une intimité, un habitat dans son propre psychisme.

Pour cela, l'être en devenir doit traverser de nombreux processus psychoaffectifs de maturation qui aboutiront à l'avènement de sa subjectivité et de son autonomie. La qualité de l'investissement de l'environnement familial sera en ce sens déterminante. Or, les histoires chaotiques (abandon, abus, incestes, violences, alcoolisme et pathologies parentales... autant de carences affectives et symboliques familiales...) de ces personnes nous laissent entendre que ni la fonction maternelle, ni la fonction paternelle n'ont été suffisamment opérantes. Il se pose d'ailleurs la question du contrat narcissique du départ : le sujet était-il psychiquement attendu ? Quelle place lui a-t-on réservé dans le système familial ? La fonction maternelle semblerait plutôt avoir été trop frustrante, n'accordant pas à l'individu sa place de sujet, n'offrant ni une psyché faisant fonction alpha (Wilfred BION, La fonction Alpha), ni une enveloppe corporelle soutenante et contenant où se loger en toute sécurité, provoquant des angoisses d'abandon répétées, des défaillances de construction des fonctions du Moi-peau (selon Didier ANZIEU : notamment des fonctions contenant de pare-excitation, d'individuation, de soutien de l'excitation sexuelle, de recharge libidinale, d'inscription des traces sensorielles) et le recours pathologique à la relation d'objet narcissique internalisée. Dans le cas d'excès d'attachement de la mère les

¹ Franck MATHIEU, Le manteau cloacal... (voir bibliographie).

² V. COLIN et J. FURTOS, p.101 (voir bibliographie).

efforts de séparation de l'enfant se solderont aussi par une impossibilité de faire le deuil de la relation fusionnelle. Les éléments bêta n'ont pas suffisamment trouvé à se loger dans la rêverie maternelle et leurs sens n'ont pas suffisamment bien été réintrojectés par les soins psychiques et physiques. Comment savoir ce qu'est prendre soin de soi dans ces conditions ? Quelles ont été les possibilités de faire réparation des pulsions agressives dans le processus pour accéder à la capacité de sollicitude telle que l'a décrite D.W. WINNICOTT ? Et à quel point les « offrandes » ont-elles été reconnues et acceptées comme telles pour éviter un retour à l'angoisse de destruction, à l'inhibition des affects et comportements (inhibition bien présente chez les sans domicile fixe avec sa dimension auto punitive quand la culpabilité à été mal métabolisée) ?

Le rapport à la fonction paternelle n'a pas non plus permis l'intégration d'une identité filiale et sexuelle affirmée, d'un Surmoi sécurisant ; il n'a pas permis d'assumer le manque et la recherche d'un objet d'amour Autre, avec sa part d'insatisfaction. Cette désaffiliation fait place à un vide, peut-être transgénérationnel, témoin de la défaillance du symbolique. La rue serait la métaphore de ce vide intérieur. Elle serait donc bien loin d'être un espace transitionnel amenant une tiercéité rassurante pour la rencontre avec l'Autre. Nous pouvons supposer que cet espace transitionnel aura fait défaut dans le parcours de l'enfant.

Chez les personnes sans domicile fixe, les conflits psychiques sont permanents et tentent de se résoudre notamment à travers les relations qui leur permettent une revendication des droits sociaux (dont l'obtention ferait fantasmatiquement réparation en les insérant dans le monde) mais sans accepter les compromis nécessaires à leur obtention, imposés par le principe de réalité. Ces cris, ces appels au logement dans l'autre, n'auront pour résultat projectif que d'obtenir la vérification que l'autre est mauvais et entretiendront les conflits internes. Les tentatives de liaison se muant en déliaison.

Les processus de clivage décrits chez les états-limites nous permettent de mieux comprendre ces fonctionnements relationnels. À cause d'un environnement primaire qui aura été défaillant et menaçant, soit par excès d'attachement, soit par frustration, idéalisé puis déprécié par l'enfant, et pour se protéger psychiquement de l'émergence d'angoisses archaïques liées aux images de soi et d'objets chargées d'agressivité, l'individu aura développé une fixation pathologique au processus de clivage qui lui permet de tenir séparées les représentations positives et négatives du soi et des objets. Ce qui agresse le soi viendra forcément de l'extérieur. Cette opération défensive propre aux états-limites, et bien différencié du clivage psychotique par Otto KERNBERG ou Jean

BERGERET, me semble donner des pistes pour comprendre l'incapacité des sans domicile fixe à habiter l'entièreté de leur propre psyché comme celle de l'Autre car cela signifierait rencontrer et s'accommoder de leurs parties destructrices respectives. Tous les processus du développement psychoaffectif, primaires et secondaires, du stade oral jusqu'à l'adolescence, sensés consolider le Moi, favoriser une séparation-individuation en souplesse, accepter le manque, développer les voies sublimatoires et permettre l'acquisition d'une identité acceptable vont être perturbés par l'environnement et la fixation au système de clivage. Pour l'adulte pris en étau entre la demande de l'autre menaçant et un idéal inaccessible, tout événement menaçant l'intégrité du Moi Idéal primaire tout puissant, omniprésent, impliquera la mise en place de systèmes de défense liés au clivage. Ces processus entraîneront fuite et ruptures incessantes de la relation d'altérité avec des objets totaux. Le clivage fait passer l'objet d'une représentation soit totalement bonne, soit totalement mauvaise, de manière brutale et soudaine. Ces images n'arrivent pas à la conscience en même temps. Une relation anaclitique avec l'autre ne peut donc dans ces circonstances qu'être brève puisque insatisfaisante, le temps que l'inversion du bon en mauvais se fasse et entraîne la rupture. Or, ma pratique m'a permis d'observer chez les SDF une instabilité affective surprenante envers un même objet allant de la haine à l'admiration totale, de la confiance absolue à la persécution. C'est dire que le sujet clivé et clivant ne trouvera pas à l'extérieur, dans l'autre réel donc manquant, la permanence tant recherchée d'un objet idéal ; pas de domicile fixe ni dans le soi ni dans l'autre, chacun ayant une part décevante que le sujet ne peut accepter. Dans son analyse structurelle des états-limites O. KERNBERG évoque également les manifestations spécifiques de la faiblesse du moi liées au clivage et que nous rencontrons dans le champ de la clinique psychosociale. Il s'agit de l'idéalisation primitive, la projection, le déni des émotions, l'omnipotence et la dévalorisation des objets externes. Il détaille également la pathologie des relations d'objet internalisées. Les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi sont le manque de tolérance à l'angoisse, l'impulsivité, et le manque de développement des voies de sublimation, toutes ces caractéristiques que l'on retrouve chez les SDF.

L'impulsivité, corrélative à l'intolérance à la frustration, se manifeste principalement lors de passages à l'acte auto-agressifs (coup de poing dans le mur, scarifications, toxicomanie, conduite à risque...) ou hétéro-agressifs (insultes, bagarres, vols, dégradations, transgressions...). Elle témoigne d'un besoin de décharge des pulsions, gratifiante sur l'instant et relativement teintée de culpabilité à postériori.

La toxicomanie et l'alcoolisme sont fortement représentés au sein de la population des SDF. Ce problème complexe questionne aussi la dépendance et donc les processus de séparation/individuation, le stade oral et la jouissance immédiate auto-érotique à laquelle le consommateur ne peut renoncer. C'est une façon de maîtriser ce qui vient de l'extérieur et de se nourrir après avoir subi des blessures narcissiques quand les objets internes sont insuffisants³. Ce sont autant de produits qui privilégient l'agir (la recherche du produit, de l'argent nécessaire à son achat, le geste d'absorption) et la déconnexion du réel pour une économie de la pensée. Ils entraînent évidemment la rupture relationnelle dans la réalité.

Notons que la consommation ou l'introduction de ces produits dans les lieux d'accueil sont, avec le comportement agressif, les principaux motifs d'expulsion et de retour à la rue. Ces transgressions impulsives ne sont-elles pas la manifestation d'un processus inconscient de tentative de déliaison pour tester la capacité de liaison, de contenance et de permanence du lieu d'accueil, quand le besoin dévalorisant d'un repli dans la rue pour fuir les représentations internes agressives se fait trop puissant? : « Je fais ce qu'il faut pour être exclu afin de vérifier que vous m'aimez assez pour me garder en entier ».

L'incurie peut aussi servir d'obstacle à la relation, de délimitation entre l'intime et l'autre, tout en forçant l'autre à remarquer la présence de celui qui en est porteur. Cette indifférence par rapport aux atteintes corporelles préservant le sentiment d'omnipotence, pourrait être envisagée comme le symptôme d'une incapacité à symboliser la perte. L'enveloppe corporelle avec ses odeurs, substances et blessures sollicite là aussi la capacité de contenance de celui qui est assigné à en être témoin et pour qui ces souillures ont une signification ; comme si la personne SDF ne pouvait prendre soin d'elle-même qu'à partir du moment où un autre se soucie d'elle. C'est le regard de l'autre qui peut leur donner une information sur qu'ils sont. C'est dire l'importance de la permanence de la bienveillance de ce regard qui sera porté par les intervenants sociaux et les soignants portant ensemble le bon et le mauvais de l'individu.

Impulsivité, agressivité, incurie, revendications ou plaintes, déballages crus d'histoires de vie intolérables, attitudes victimaires... sont autant d'éléments bêta insupportables, projetés sur l'autre, tout en lui demandant paradoxalement de rester pour répondre à la recherche d'un contenant qui sera peut-être capable de leur donner du sens.

³ A. Charles NICOLAS, Toxicomanies et pathologie du narcissisme, in Narcissisme et états limites.

À travers cette description non exhaustive, nous avons pris la mesure de la force de déliaison inconsciente exercée par les personnes sans domicile fixe à travers les processus d'idéalisation/dévalorisation, de projection et de clivage qui mettent à mal l'altérité dans les processus transférentiels des relations de soin.

II/Transfert et contre-transfert

A/ De la demande de soin faite par le travailleur social vers la demande de soin subjective.

La première demande de soin pour le patient SDF vient de l'autre, le travailleur social, qui, étant le dépositaire des affects douloureux, va tenter de trouver un point d'ancrage relationnel inspirant la confiance pour obtenir le consentement à un début de relation avec un soignant « psy ». Si cette première relation de confiance avec le travailleur social est acceptée par le patient, puis transférée sur le soignant, celui-ci ne pourra pas faire l'économie d'une analyse des transferts et contre transferts qui seront à l'œuvre. Une relation thérapeutique s'installera si le travail d'élaboration des mouvements transférentiels par le soignant et son travail d'adaptation psychique pour maintenir la permanence du lien et sa propre subjectivité favorisent l'occasion qu'un décalage se crée entre les projections inconscientes du patient et leurs perceptions. Ce processus de subjectivation ne peut être économisé si l'on veut que le soin devienne un vrai choix et que le patient accepte d'aller vers un lieu de soin différent du milieu auquel il s'est familiarisé. Autrement dit, le travail d'élaboration des mouvements transférentiels est indispensable pour que le soignant soit, à un moment, différencié des images projetées par le patient, pour qu'il trouve la bonne distance qui fasse perdurer les liens positifs qui pourront amener le patient, par support identificatoire, à une subjectivation permettant l'émergence d'un désir de prendre soin de soi et de s'adresser aux professionnels avec leur champ de compétence strict qu'ils exercent hors du champ d'accueil.

B/ Description des transferts et contre-transferts prévalents

Les transferts qu'opèrent les personnes sans domicile fixe sont souvent intenses et difficiles à supporter pour le soignant. Par exemple, ils transfèrent par déplacement et projection toutes les formes d'agressivité qu'ils ne peuvent reconnaître en eux ; ou bien ils nous assignent à la place idéale du sauveur, flatteuse mais illusoire. Mais, le clivage opérant, nous pouvons très rapidement être assimilés à l'aspect inverse de l'imgo de départ, ce qui pourra blesser notre propre narcissisme, perturber les repères relationnels qui fondent notre positionnement professionnel et mettre en difficulté nos capacités de contenance. De toute façon les forces massives de déliaison seront à un moment donné mises

en œuvre, questionnant nos propres failles narcissiques et identitaires. Rares sont les suivis qui résistent à de telles attaques du lien. Emporté par la puissance du transfert de ses patients, le soignant peut très vite perdre sa subjectivité et son empathie et se retrouver avec une réelle sidération de la pensée, résultat du transfert et indication clinique sur les affects indicibles et insupportables du patient qui cherchent un contenant. Le soignant développera, par résonance directe ou indirecte non élaborée, des contre-transferts objectifs, soit dans le champ des pulsions inacceptables destructrices (agressivité) ou libidinales (séduction), qui aboutiront à la rupture parfois violente de la relation, à l'exclusion des lieux d'accueil. Le soignant ne distingue plus ce qui relève de la souffrance singulière du patient, de la sienne propre, et reste avec le sentiment d'impuissance et de culpabilité face aux limites de sa pratique. Là encore il s'agit de reconnaître le transfert des sentiments d'impuissance du patient, ou encore de revoir ses propres objectifs à la baisse : nous n'avons pas le pouvoir de guérir la personne ou de la changer, nous pouvons créer des conditions propices pour la faire penser à changer. D'autres patients qui auront élaboré un faux-self suffisamment solide pourront nous entraîner vers des attitudes superficielles déniaient les problématiques et interrompant là encore les suivis. Agissent également les contre-transferts subjectifs liés à la propre histoire du soignant et à ses représentations inconscientes de soi, de sa fonction avec ses objectifs professionnels et personnels, et du patient SDF avec toute la complexité des dimensions politico-socio-culturelles.

Nous venons de voir que les sujets souffrant d'une faille narcissique (au point que le symptôme mis en place pour se protéger au mieux des angoisses liées à la pathologie du lien social ne puisse être que l'errance) sont en relation avec l'autre dans une dimension éminemment imaginaire fondée sur les imagos parentales menaçantes ou idéales et non sur les relations objectales vraies. Quand le principe de réalité s'impose trop brutalement c'est la rupture qui est choisie plutôt que le compromis. Le soignant doit donc faire le funambule entre ses attentes et les capacités très fragiles du patient. À ce stade de la vie de la personne il est recommandé de se limiter à une relation d'aide favorisant l'expression de l'histoire du sujet, les actualisations transférentielles, et l'usage des capacités de contenance et de la fonction alpha du soignant, de rester dans l'ici et maintenant plutôt que de proposer des interprétations. Les contraintes imposées par le cadre de l'entretien peuvent très rapidement favoriser l'activation trop douloureuse de ces conflits entre imaginaire et principe de réalité. Le cadre devient alors ce tiers menaçant qui impose une altérité inacceptable entre le patient et le soignant empêchant la fusion, ou l'expression impulsive de la haine, ou encore favorable à une promiscuité difficilement gérable par les deux acteurs. Nous l'avons vu, le patient est plutôt à la recherche inconsciente d'un retour à l'état narcissique primaire. Trop rigide, le cadre thérapeutique explose en même temps que le

patient. Si le cadre est suffisamment souple, adaptable et contenant une relation thérapeutique va pouvoir s'installer et les transferts s'actualiser en minimisant le danger de disparition des sujets.

Le soignant doit donc accepter d'être le support des transferts, aussi inconfortables soient-ils, le temps nécessaire pour accompagner le patient dans l'actualisation des drames personnels du passé puis dans la prise de conscience qu'une altérité moins menaçante est possible et que d'autres modes relationnels peuvent être envisagés pour régler les conflits. Il doit aussi accepter que le cadre thérapeutique soit celui de la relation d'aide non interprétative et qu'il soit modulable en fonction de la temporalité et de l'espace de chaque patient SDF (c'est-à-dire des aménagements qu'ils ont trouvés pour supporter la relation, de leur cadre d'accueil personnel). Mais il faut aussi considérer que la relation duelle est trop confrontante si elle est imposée sans préliminaires à la rencontre à partir du collectif.

III/Les conditions d'accueil favorisant la relation thérapeutique.

Le soignant doit être capable d'adapter le cadre thérapeutique de la relation duelle au « cadre d'accueil du sujet »⁴ (Valérie COLIN et Jean FURTOS, La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine).

Or, ce cadre d'accueil du sujet sans domicile fixe est accessible uniquement dans un contexte de rencontre sur les lieux d'accueil du social (accueil de jour, de nuit, foyers, CCAS, CAIO, ... et, dans les cas extrêmes, le squat de la rue). Il est donc très intéressant d'avoir une permanence infirmière sur le site, de participer à la vie collective pour se familiariser avec les sujets et leurs demandes (prises à la lettre dans un premier temps, d'où l'intérêt d'un travail en binôme avec une assistante sociale), et d'être présent quand les conflits font surface dans l'ici et maintenant. Mais le cadre d'intervention des soignants indépendants de la structure d'accueil (la notion de secret professionnel sera réfléchi au préalable), devra toujours être précisé, clarifié et répété, rattaché à l'institution soignante, pour signifier que la sollicitude vient du collectif soignant et socio-éducatif et pour ne pas donner un sentiment de toute puissance, bien que la pratique dans le champ de la clinique psychosociale engage particulièrement la personne du soignant ou de l'éducateur dans ses mouvements d'affect. Il faudra donc que l'équipe psy réfléchisse avec les intervenants sociaux, en amont de la rencontre avec le patient, sur les principes de base du cadre d'accueil de la structure qui devront favoriser l'installation du cadre thérapeutique duel (que ce soit dans un bureau ou n'importe où ailleurs dans les locaux) où le soignant tente de

⁴ Définition : Capacités d'accueil du sujet et ses modalités d'entrée en lien dans une scène imaginaire et réelle (citée par V. COLIN et J. FURTOS).

comprendre les demandes relationnelles sous-jacentes à la première demande. Car la qualité de la rencontre entre soignant et soigné sera la continuité de la qualité de l'accueil de la structure. Une idée et un désir partagés du « prendre soin » doivent exister dans les esprits des accueillants pour un relais logique avec le soignant. Décider, avant l'arrivée du sujet, que le cadre thérapeutique sera modulé en fonction des étapes de cette rencontre singulière entre soignant et soigné implique que l'individu est attendu, imaginé, qu'une place lui est réservée, mais que l'on accepte de lui une grande part d'imprévu, avec des modalités relationnelles à construire et la capacité au changement. Souhaiter ce changement et réfléchir aux moyens matériels et humains pour le favoriser donne une dimension thérapeutique à l'accueil.

Pour notre travail nous réfléchissons plus précisément sur le cadre d'accueil proposé par les accueils d'urgence de jour ou de nuit dont l'objectif est d'abord d'offrir un lieu social (convivialité, écoute, conseils...) refuge avec une dimension maternante importante qui nous semble propice à la rencontre si la fonction maternelle (le soin) est suffisamment bonne et au clair avec la place de la fonction paternelle (la Loi).

A/ Un cadre d'accueil souple et tolérant.

Nous avons vu que les sans domicile fixe ont besoin pour se sentir en sécurité psychique de rester au milieu d'une collectivité peu contraignante par ses règles de vie et ses attentes et qui laisse à tout moment le choix et la possibilité de rester ou de partir. L'environnement imposé par l'autre est d'emblée menaçant ; le cadre d'accueil doit donc permettre au sujet de sentir qu'un espace psychique entre lui et l'environnement existe, qu'il existe une porte de sortie (matérielle et psychique) qu'il peut prendre à tout moment, sans que cela fasse l'objet de sanctions, de reproches et qu'il peut revenir pour reprendre la relation là où elle était restée, ou sous d'autres modalités ou bien même la refuser. Il faut respecter ses aménagements. Ce ne sera pas le lieu pour entreprendre des ateliers thérapeutiques qui, pour être thérapeutiques doivent obéir à un cadre trop contraignant dans notre situation. Par contre, des activités occupationnelles, des animations, proposées sur inscription ou « pseudo spontanément » et demandant de respecter les règles de civilité peuvent être pensées pour favoriser la rencontre, donc la relation.

B/ Favoriser la symbolisation par des réflexions sur le cadre, régulières et en équipe.

Ces lieux d'accueil sont souvent les seuls où les personnes sans domicile fixe acceptent de déposer un peu d'eux-mêmes (ils y laissent ou « oublient » leurs bagages), voire même, pour certains, d'y habiter un temps partiel (en participant

avec leurs moyens à l'organisation et à l'entretien du lieu, en créant des liens forts avec les professionnels). On entrevoit l'opportunité que ces lieux offrent pour participer à la renarcissisation, à la consolidation du moi, du moi-peau et à engager des processus de changement relationnel. Si une première étape (dont la durée sera variable en fonction de chaque sujet) dans l'accueil se doit de respecter le fonctionnement opératoire des usagers et ne pas forcer l'intrusion subjective dans la relation, le lieu d'accueil dédié à la tâche primaire mais qui porte aussi un désir de changement de la personne, doit également être prêt et se prêter à la symbolisation, à la mise en sens de ce qui s'y passe. Il est donc fondamental d'encourager les investissements physiques et psychiques en respectant les limites défensives des usagers dans un premier temps mais dans un second temps, quand l'occasion se fait sentir, en proposant des activités favorisant les changements de pensée provoqués par les situations interpersonnelles qui encouragent la symbolisation.

La structure d'accueil devra donc penser à la gestion de la collectivité en même temps qu'au respect de la dimension subjective. Cela se construit à travers l'organisation :

- architecturale ~ des espaces propres, jolis, permettant une bonne circulation, des espaces favorisant l'intimité, des fonctions définies clairement pour les différentes pièces (administratif, de passage ou d'entretien, isolé, public ...)
- réglementaire ~ règles de vie en commun affichées mais surtout répétées et réexpliquées, gestion des animaux de compagnie, cahier de signature par le nom ou le surnom pour signifier son passage, clarté et respect des interdits et des sanctions prises en cas de transgression (au sujet des drogues, alcool, insultes, agressions, trafics divers ...) dont les raisons sont bien partagées et comprises par les professionnels ... réfléchir à la pertinence et/ou au danger de rendre ces règles modulables selon les situations ... ;
- occupationnelle et politique ~ vie participative possible à la gestion du lieu, repas en commun, sorties, jeux, emplacements pour afficher des dessins, des écrits ... ;
- humaine ~ éviter la précarisation des postes par exemple, annoncer sur un tableau les jours de présence de chaque travailleur social, favoriser la présence d'un animateur disponible dans la salle commune, formations, supervisions, régulations ...

Dans un même temps elle s'assurera d'être garante d'une permanence d'accueil qui accepte la part de bon et la part de mauvais du sujet :

- expliquer que l'on refuse un comportement et non le sujet ;

- prévoir un protocole décisionnel en équipe et explicatif pour l'utilisateur quand il y a sanctions ;
- réfléchir à la pertinence des exclusions dites définitives ;
- ...

Une permanence d'accueil qui offre des opportunités très souples à la création d'une relation de confiance avec les professionnels :

- accepter des échanges dans des lieux inattendus ;
- réfléchir à la notion de référent et de partage des informations ;
- ...

Une permanence d'accueil qui impose des limites contenantes spatiales, temporelles, psychiques et physiques permettant d'utiliser des moyens humains et matériels créatifs (qui auront été réfléchis en amont) favorables à une décharge acceptable de la violence des pulsions détournées de leur but :

- punching-ball
- mur d'écriture
- salle de cris
- activités sportives, artistiques et créatives
- possibilité de recoudre des vêtements
- ...

Il faudra également prévoir des espaces d'intimité et transitionnels :

- casiers de bagagerie dont les sujets auraient la clé⁵ ;
- respect de la volonté d'être seul au milieu des autres ;
- salle ou coin repos ...

Une permanence d'accueil, donc, qui reconnaisse et maîtrise sa part d'amour et de haine dans le contre-transfert pour offrir des possibilités répétées de réparation. Pour des sujets qui n'ont pas trouvé à se loger ni dans le corps ni dans le psychisme d'un Autre, le dispositif matériel du lieu qu'ils auront choisi pour occuper leurs journées leur prêterait un corps, et le cadre d'accueil et thérapeutique donneraient un espace psychique favorisant la pensée par des efforts de symbolisation de l'équipe d'accueil. Le cadre d'accueil ainsi posé dans la sphère sociale et bien investi par les professionnels aura, de la sorte, acquis un caractère thérapeutique. Le soignant dont la fonction sera clairement annoncée dès le début de la rencontre pourra alors occuper une place sociale dans la

⁵ Comprendre et soigner les états limites, Didier BOURGEOIS, p 296 à 303, Les exclus : les sans domicile fixe.

collectivité, mais c'est le patient qui choisira, en fonction du transfert, de lui attribuer une dimension soignante dont les modalités devront être identifiées au fur et à mesure des échanges dans la collectivité ou d'entretiens thérapeutiques par la relation d'aide ♦

CONCLUSION

Après trois ans passés à tenter d'orienter vers les structures de soins psychiques et somatiques des personnes sans domicile fixe qui trouvaient refuge dans une halte de jour associative de Bordeaux, j'ai pris conscience que la relation que j'engageais avec elles afin de les accompagner dans une démarche personnelle d'accès aux soins était déjà, en soi, un soin. En effet, mes études et recherches pour tenter de mieux comprendre les processus psychologiques qui ont pu amener ces gens à vivre dans la rue m'ont appris que cet espace d'errance entre deux mondes (l'intime et le public) et la temporalité qui s'y rattache, en lien avec les stratégies de survie qui monopolisent l'espace psychique, sont des remparts dressés contre la menace du retour du refoulé et des angoisses archaïques réactivés dès que l'Autre fait irruption avec ses exigences relationnelles. Mon travail consistait donc à proposer une disponibilité relationnelle ample dans un espace-temps suffisamment plastique, sécurisant et contenant pour que l'autre (le soignant) soit vécu comme moins menaçant et laisse la place à un sujet moins inhibé.

Mais pour ces patients, se voir attribuer sans transition la place de sujet est éminemment douloureux et angoissant. Des systèmes de défenses extrêmement rigides et violents se déploient, entraînant passages à l'acte et rupture de la relation. Si le dispositif-cadre thérapeutique n'est pas suffisamment contenant, ou trop exigeant, l'entretien n'aura eu pour seul effet que d'actualiser les angoisses et renforcer les symptômes, donc l'errance. Il est donc judicieux de prendre le temps d'aborder la personne en s'inscrivant dans son cadre d'accueil, de se familiariser avec elle avant de lui demander de se plier aux contraintes du cadre thérapeutique de la relation d'aide.

Dans la clinique psychosociale, les soignants ne peuvent donc aborder les sans domicile fixe qu'en créant une sorte de « continuité transférentielle » avec la relation créée entre le sujet et le travailleur social ou avec l'ambiance bienveillante à visée thérapeutique qui règne sur le lieu du social où la souffrance est exprimée.

Nous avons constaté que le lieu d'accueil peut s'attribuer les fonctions soignantes phorique, sémaphorique et métaphorique (cf. Pierre DELION) sans tomber dans ce qui est tant redouté par les acteurs socio-médicaux, c'est-à-dire la psychiatisation de la pauvreté. Il ne s'agit pas de créer un hôpital de jour pour SDF puisqu'il n'y a pas de contrat de soin médical entre les usagers et les professionnels. Les usagers ne viennent pas à proprement parler pour se soigner mais pour se reposer, déposer quelque chose de leur souffrance et de leur subjectivité, pour que l'on prenne soin d'eux sans avoir à le demander. Le projet d'intégrer une équipe soignante dans un dispositif d'accueil de jour nécessite une collaboration étroite entre l'équipe socio-éducative et l'équipe soignante. Il faudrait au préalable que les deux secteurs se rejoignent sur des concepts de la psychiatrie analytique (inconscient, moi-peau et fonction alpha, clinique psycho-sociale, relation thérapeutique individuelle...), sur la temporalité du patient qui, en état de souffrance psychique, ne peut pas s'insérer facilement dans le présent et sur la définition et les limites des différentes compétences professionnelles. D'où l'idée de formations croisées évoquée par Jean FURTOS.

Si l'équipe socio-éducative est suffisamment bien formée, supervisée, régulée et encadrée, les effets thérapeutiques du dispositif d'accueil sur les symptômes de l'errance seront réels et permettront d'amener le sujet vers le représentant du soin qui fera sa part d'accompagnement vers le soin, en partenariat. La part des supervisions dans le dispositif-cadre thérapeutique du soignant est également fondamentale pour que, à partir des éléments des récits décousus des patients et des analyses des mouvements transférentiels, le soignant maintienne sa capacité de pensée active afin de renvoyer au patient un récit non interprétatif acceptable de ce qui se passe (mais lié à un sens avec son passé pour le soignant supervisé), mais qui, par identification à la capacité narrative du soignant, lui permette de faire des liens entre les événements passés et présents.

Si le lieu d'accueil a pour volonté de participer au changement puis à la réinsertion du sujet en proposant un lieu de vie sur un temps partiel, refuge, reposant, sécurisant et chaleureux, un lieu favorisant le lien relationnel, un lieu de conseil et d'orientation, il ne pourra pas se dérober à l'obligation d'anticiper et de questionner régulièrement ses modalités d'accueil de manière à ce qu'il reste bienveillant, sécurisant pour le sujet et le groupe et favorable à la relation thérapeutique. Sinon cela signifie que les constructeurs du projet n'ont pas suffisamment réfléchi aux problématiques psychiques des personnes sans domicile fixe et sont restés figés dans des représentations illusoire ne servant qu'à gratifier leur propre narcissisme.

Bibliographie

Otto KERNBERG, *Les troubles limites de la personnalité*, Dunod, 2004.

René KAËS et Didier ANZIEU, *Narcissisme et états-limites*, ouvrage collectif, collection Inconscient et Culture, Dunod, 1986.

Didier BOURGEOIS, *Comprendre et soigner les état-limites*, Dunod, 2010, p.296-303.

Colin VALERIE et Jean FURTOS, La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine, in Michel JOUBERT et Claude LOUZOUN, *Répondre à la souffrance sociale*, ERES 2005 p.99-115.

Chantal BRAND-GABORIT, À propos de l'errance des jeunes, in revue La Célibataire, N°2, 1999.

Franck MATHIEU, Le manteau cloacal ou l'incurie des sujets SDF, in le Journal des Psychologues, N°306, avril 2013.

P. BEQUART, La relation thérapeutique en pratique hospitalière et extra-hospitalière, in L'information psychiatrique, N°2, février 1965.

Jacques HOCHMANN, L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés, in L'information psychiatrique, Vol.58, n°8, octobre 1982.

Jacques HOCHMANN, Le temps du récit, in L'information psychiatrique, n°7, septembre 1992.

Ressources pédagogiques

Jean-Yves CASAUX, Le dispositif-cadre thérapeutique, enseignement de la Formation Complémentaire pour un Exercice Infirmier en Psychiatrie et Santé Mentale, IFAPS 2013.

<<<<><>>>>