

Les brico...v



Les bricoleurs de la précarité

Colette Pitici, Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, Psychologue du dispositif RMI

A l'idée de parler du dispositif dans lequel j'exerce, ma pensée s'est mise à vagabonder. Les nomades urbains m'ont, il est vrai, appris l'errance, surtout psychique....

Le premier mot qui m'est venu, ambigu et discutable, a été celui de « bricolage ». Bricolage, selon le Petit Robert, cela signifie « travail d'amateur, peu soigné ». Ca commence plutôt mal ... Ou, en deuxième acception, anthropologique celle là, « travail dont la technique est improvisée, adaptée aux matériaux, aux circonstances ». Image un peu moins féroce... J'aurais envie de rajouter une troisième définition à ces deux premières, celle d'expérimentation, qui entraîne un résultat incertain, aléatoire. Bref, dans tous les cas, rien de bien sérieux ni scientifique.

Puis, j'ai pensé que dans les dispositifs interstitiels, non institués, que certains psy ou travailleurs sociaux fréquentent ou animent, on entend inmanquablement récriminations, inquiétudes, doutes, sur la pertinence des actions menées ; un peu comme si, face à notre surmoi pétri d'orthodoxie, ces lieux là représentaient une frange, une marge, une forme de dérive, d'illégitimité.

Evidemment, on pourrait évoquer le déplacement du symptôme du patient sur son interlocuteur –et dans notre auto-flagellation nous ne manquons pas de le faire ! Bien sûr que les précaires, les vagabonds, nous contaminent, via leur amarrage, leur transfert sur nous ; nous accueillons et endossons leur errance, leur instabilité, leur psychopathie, leur abandonnisme, leur vulnérabilité ou leur traumatisme éternellement irrésolu.

Plus loin dans la confession, nous pourrions préciser que nous n'avons même pas besoin de leur modèle de marginalité pour nous y engouffrer. Et que sans doute, des fragments de nos histoires personnelles sont à l'œuvre dans le choix de cette clinique.

Ensuite, une hypothèse fut ouverte, qui m'inspira des réflexions plus optimistes : ces procédures mal bâties, contingentes, pourraient représenter une potentialité instituante, créatrice de nouvelles normes. Alors, pour un temps, s'envolèrent culpabilité, perplexité, embarras.

Nous allions pouvoir exposer nos pratiques, sans dérision ou sentiment d'incompétence préalable; nous pourrions enfin poser, en toute légitimité, les questions qui nous hantent à propos de ces cliniques particulières.

Après avoir situé rapidement le cadre de mon intervention auprès des bénéficiaires du RMI, j'interrogerai les frontières de ce dispositif, ainsi que mes propres limites et libertés qui lui sont consécutives. Je dirai, à travers de brèves vignettes, comment et pourquoi il paraît nécessaire de « subvertir » les habitudes cliniciennes tout en respectant les fondamentaux, pour s'ajuster au plus près des besoins mis en exergue par les nouvelles formes de souffrance.

Cadre de l'intervention

Les Conseils Généraux sont souverains en matière de réponse aux besoins des populations précarisées. En Rhône-Alpes, certains départements incluent l'offre d'aide psychologique pour les bénéficiaires du RMI, au sein de la psychiatrie publique ; à l'inverse, l'administration dont je dépends a choisi, pour cette tâche, d'agréer des psychologues libéraux ou des associations.

Nous sommes rétribués à la vacation, directement par l'institution, à hauteur de 9h annuelles par personne. Un luxe ! Mais le projet n'est pas de se substituer au droit commun, (CMP ou libéraux), bien au contraire, il s'agit de permettre un relais entre services sociaux et services de soins.

Nous avons également la possibilité de prendre en charge si nécessaire les ayants droits de l'allocataire, enfants ou conjoint. Ce qui, bien entendu, ne va pas sans questionner la neutralité du thérapeute amené à entendre plusieurs membres d'une même famille.

Sur mon secteur, la place était auparavant tenue par un médecin généraliste intéressé par les problématiques psychiques ou psychosociales ; elle fut à réinventer quand je suis arrivée, en terme spécifiquement psychologique.

Quand les Conseils Généraux ne croulaient pas encore sous les missions multiples que la décentralisation a fait apparaître, que les budgets étaient suffisants pour supporter des actions d'insertion innovantes, j'ai eu la chance d'intervenir dans un lieu d'accueil pour personnes précaires, isolées ou SDF, sans distinction entre bénéficiaires et non bénéficiaires du RMI. Cela donnait à chacun la possibilité de rencontrer « la psy » dans l'espace groupal, de l'observer, de l'invectiver, et parfois même de prendre rendez vous pour quelques entretiens. C'est aujourd'hui une proposition caduque ; localement, aucun psy ne prend en charge les SDF, sauf s'ils sont très délirants et conduits, sous contrainte, en psychiatrie publique.

Questions de la clinique

Cette remarque ouvre déjà un problème sous-tendu par le thème de notre réflexion : quand l'institution porteuse ôte la possibilité à certains patients d'accéder aux prémisses du droit commun, que leur proposer?

La clinique de l'errance nous montre que ces sujets ne font que rarement une démarche spontanée en direction du soin psy ; il est de ce fait nécessaire, et à l'ORSPERE je crois que c'est une évidence, de développer la notion « d'aller vers ». Alors, il faut inventer des outils pour pallier l'absence. D'autres interlocuteurs de terrain, infirmière communautaire, travailleurs sociaux, bénévoles aussi, établissent le premier relais entre les errants et moi.

Le premier étage du bricolage n'est pas sans rappeler l'époque héroïque de la psychiatrie communautaire ; c'est sans doute cette référence respectable qui m'a légitimée à le maintenir. « Invention » du déjà-là, le secteur historique devient aujourd'hui « réseau », la psychiatrie santé mentale ; la cité quant à elle, traite de la « clinique psychosociale » que la psychiatrie hospitalière récuse parfois.

Si elle le souhaite, je rencontre ainsi la personne, lorsque le premier contact a eu lieu avec un autre partenaire en amont, en sa présence. Cette triangulaire dure le temps nécessaire à l'instauration de la confiance, qui va permettre de laisser partir l'interlocuteur de première ligne.

Aimée était une femme de la rue, soumise à tous les abus de ses compagnons d'infortune. Elle avait tenté une première démarche auprès de moi, pour déposer précipitamment un vécu de viols et violences multiples

contre elle et ses enfants. Puis elle avait disparu ; j'entendais parler de ses divagations citadines, qui horrifiaient les travailleurs sociaux, tant elle participait activement à sa déchéance. L'infirmière tentait, vaille que vaille, de préserver ce qui était possible de sa santé, qui pourtant s'abîmait gravement par ses alcoolisations, le froid et la cruauté des nuits dans la rue, les risques liés à ses rencontres. Un jour, elle me dit qu'Aimée était prête à me revoir, plusieurs années après la première rencontre. Nous avons alors débuté une série d'entretiens à trois, dans le dispositif RMI ; en parallèle, les travailleurs sociaux se mobilisaient pour qu'elle puisse intégrer un logement personnel, après un séjour en résidence sociale. Ensuite, Aimée a pensé qu'elle n'avait plus besoin de la présence de l'infirmière pour poursuivre avec moi, tout en continuant à la voir en dehors de nos séances.

Dorénavant, nous avons quitté le dispositif RMI par un accord avec sa curatrice pour que les soins soient intégralement pris en charge en libéral. Elle reste dans la précarité psychique, et y demeurera sûrement durablement. Mais que cette femme en survie puisse devenir une patiente autonome et capable de suivre une psychothérapie à long terme, voilà un des effets du bricolage qui a été pourtant mené sans trop savoir où il conduirait.

Et pourtant, combien de fois me suis-je demandé pourquoi je recevais cette femme alors qu'elle n'avait d'abord besoin que d'un toit, de soins physiques et/ou psychiatriques, d'un rapprochement avec ses enfants placés ? Cette misère sociale avait elle vraiment à faire avec un suivi psychologique ? Néanmoins la psychiatrie publique a peiné à recevoir sa « non-demande » et son absence de délire et j'ai supposé qu'Aimée avait quand même à être entendue.

C'est elle-même qui, au fil du temps, m'a montré la voie. Elle, qui disait à ses amis errants prioriser sa « psychothérapie ». Je me souviens de ma réaction intérieure d'autodérision en entendant ces mots, en observant mon rôle auprès d'elle. La place que j'avais accepté de tenir était tellement peu « thérapeutique » qu'elle m'en faisait frémir. Car durant les premiers mois, je n'ai fait que lui signifier mon souci pour elle, mon souci qu'elle se protège de ses tentations de tout quitter et de repartir à la rue ; je n'ai fait que la solliciter de ne plus recevoir tous ceux qui voulait squatter sa maison et son corps.

Quel autre choix, quelle autre posture auraient-ils pu être proposés à ce moment de son parcours ?

Dans son histoire, Aimée ne s'était jamais sentie enveloppée de la préoccupation d'un autre, ne savait pas qu'on pouvait s'inquiéter pour elle. Alors, il lui semblait normal qu'on use et abuse de son corps, de ses biens, de ses enfants. Aimée n'avait jamais été bercée par des mots apaisants, grondée par des paroles sévères qui interdisaient qu'elle se fît mal.

Quand cela advint, elle en fut surprise mais se laissa faire, peut être encore à cause de son habituelle docilité. Mais elle se saisit de cette nouvelle relation, commença peu à peu à se l'approprier, se l'attribuer. Elle ne livra plus, ou moins, son corps, son espace, entreprit de choisir ses hôtes, en mit quelques uns dehors. Elle prit un peu plus soin d'elle-même, diminua sa consommation d'alcool et se mit à rêver d'un avenir.

Aimée n'est pas guérie, et ne le sera sans doute jamais, de ce que B Cyrulnik nomme « son fracas » intérieur. Mais par le réseau qui s'est constitué autour d'elle, je crois qu'elle a commencé à s'appuyer sur des tuteurs de résilience. Dans une telle histoire, le psy ne peut pas se contenter d'attendre une parole qui n'a jamais appris à se formuler spontanément ; il doit aller la chercher, la défricher, aider à son élaboration ; sinon, il prend le risque de la laisser s'évanouir après le dépôt primitif brutal, mais non élaboré de l'horreur, sans avoir su lui donner d'étai. Et tout s'écroule encore.

Dès lors, comment nommer cette pratique que la plupart des collègues formés à l'attente de la demande, répudient souvent sans l'ombre d'une hésitation ? Est-ce encore un suivi au sens psychodynamique ? Ne me suis-je pas transformée en hybride entre travailleur social et paramédical ? Quand je m'inquiète de sa toux persistante, quand j'adresse Aimée à l'infirmière ou à son médecin, suis-je encore psychologue et thérapeute ?

Peut être ai-je mal compris, peut être me suis-je rassurée un peu trop aisément ; en tout cas je n'aurai jamais assez de reconnaissance envers S. Ferenczi, D.W. Winnicott, et tout près de nous, envers l'équipe lyonnaise conduite par R. Roussillon. Ceux-là m'ont admise dans le cercle des psychologues, quand ils ont parlé du « **sentir avec** et d'abord **pour** le patient », quand ils ont évoqué la médiation à travers et sur le thérapeute, ou la nécessité du retournement de la haine et du désespoir sur l'objet actuel.

Dans le dispositif que je construis peu à peu depuis dix ans, ce sont donc les patients qui orientent ma pratique. Je m'emploie à devenir une sorte de **medium malléable**. Je ne suis pas sûre d'y accéder toujours,

si la souffrance rapportée par la personne effracte trop mes capacités d'élaboration. Mais je tente de me situer « presque » à la place où elle m'attend, en m'en décalant à peine, pour ouvrir un espace d'imprévu. C'est dans cet interstice que se noue la différenciation entre l'objet attendu et l'objet réel, là que se génèrent les vraies potentialités thérapeutiques.

Quand je parviens enfin à orienter les sujets vers le « droit commun », certains en sont satisfaits, d'autres l'acceptent. Mais pour les plus en souffrance psychosociale, souvent, le silence habituel du thérapeute les renvoie à l'expérience traumatique de l'absence, de l'indifférence, ou du chaos de l'objet précoce. Bien sûr, ils auront à faire avec cette réalité, pour la dépasser et avancer dans le traitement de leur problématique. Mais plus tard.

D'abord, il est urgent de contenir, d'endiguer le désespoir, le recueillir, ne pas le laisser dévorer le sujet. Car celui-ci peut en mourir : de déchéance, d'auto-exclusion, de participation active à sa destruction. Rarement de suicide avéré ; plutôt d'une forme de pourrissement social.

Le bricolage, c'est d'abord « **amarrer** » ce sujet à une vie minimale, à un lien social précaire, fragile, qui lui servira de contrat narcissique supplétif. Ce sont les béquilles qui le feront tenir debout, même si avec elles, il restera claudiquant.

Car on ne guérit personne d'une absence primordiale. On aide seulement à boiter, et cela ne donne pas une démarche élégante. Et cela ne permet pas au thérapeute d'être fier de lui-même.

Il y a d'autres occurrences hétérogènes pour le psychologue. Celles où il se trouve seul dans sa pratique, sans réseau qui le protège de la toute-puissance ou de la désillusion absolue. Quand personne n'est là pour vérifier que l'étai a été bien échafaudé et qu'il ne va pas faire s'écrouler l'ensemble.

J'ai nommé « Sissi » cette mère qui campe sur un « Nonon » infranchissable. Non-non, elle ne veut pas de telle aide, de tel médecin, de telle remarque. Son esprit redoutablement affûté constate qu'elle va mal, très mal, mais ne permet aucun projet, ni social ni, à plus forte raison, relationnel. Son histoire, paradigmatique, est jalonnée de la méfiance nécessaire à la survie psychique. Elle ne s'en laisse pas conter sur le registre de l'absence et, quand bien même elle a pu rencontrer quelques tuteurs de résilience, elle s'est arrangée pour les voir s'évanouir, ou faire échouer toutes les démarches.

Sissi a remis son enfant, auquel elle est liée par un lien paradoxal et paroxystique, entre les mains d'un homme aussi vulnérable qu'elle. Elle pense donc en avoir fini avec sa tâche, se sent prête à mourir, après avoir plusieurs fois montré qu'elle en était capable, comme elle était capable de se mutiler gravement.

A son retour, après une prise de contact plusieurs années auparavant, elle explique avoir su qu'elle pourrait renouer la relation avec moi. Hélas, elle me met en quelque sorte au défi de l'accompagner totalement seule, sans pouvoir proposer d'autres étayages. Elle organise à mon égard une stratégie de séduction, sans doute similaire à celles qu'elle a effectuées avec mes prédécesseurs. Séduction indispensable pour qu'un lien potentiel soit envisageable. Mais séduction mortifère. J'accueille cette modalité d'attache, tout en insistant sur l'impossibilité de demeurer seules devant le risque de suicide, réel ou exagéré par sa quête inassouvie d'attentions. De fait dans la réalité, personne n'est plus là pour elle.

Faut-il que j'entre dans la ronde des excluants, ou au contraire, que je poursuive ce noeud mal ficelé, mais qu'elle a attrapé ? Cet amarrage de ses mouvements d'humeur extrêmes, de son désespoir et de ses illusions, de ses menaces de mort et de son désir de vie ? Je ne sais pas si j'y parviendrai, sauf à maintenir un niveau de « bas seuil relationnel », sans exigence, sans prétention, voire même avec le risque de « manipulation »...

Manipulation, mot tabou, surtout dans le monde de la précarité...Et pourtant, la réconciliation avec l'objet passe aussi par la capacité de ce dernier à se laisser prendre, surprendre, attraper, manier, utiliser, jusqu'à ce que le sujet soit enfin sûr de sa résistance, de sa fiabilité. Cela peut se concevoir en théorie, mais on suspecte souvent de naïveté, ou pire, de complaisance, le praticien qui s'y plie.

Je suis pourtant sûre que vouloir ramener Sissi à sa souffrance, dans l'espoir qu'elle la revisite et la dépasse est, à ce stade, un projet irréaliste voire cruel. Il faut donc accepter de l'escorter là où elle me mène, sans savoir où ni pourquoi.

Il y a parfois des moments de joie, dans la vie d'un clinicien des précaires. J'en ai éprouvé un récemment, lorsque j'ai entendu valider cette notion d'accompagnement inconditionnel ; M. Poirier et l'équipe de Rouen^[1] insistent sur le lien minimal à préserver coûte que coûte quand plus rien d'autre ne tient.

Cette affirmation a apaisé un peu ma solitude face à Sissi, solitude qu'elle a choisi de me faire endosser, de me faire partager avec elle. Solitude par laquelle elle tente de vérifier, à travers ma tolérance à soutenir un tel éprouvé, si oui ou non l'histoire va cesser de se répéter. Quitte à se montrer souverainement tyrannique, transgressive, quitte à faire un tapage épouvantable pour masquer sa demande d'aide tacite, sa prière. Souvenons-nous en effet qu'être précaire, c'est étymologiquement, être en prière, implorer.

Si donc je réussis à ne pas la répudier, la seule possibilité d'accompagnement consiste, pendant un temps indéterminé, à me rendre docile, passive devant les remous psychiques et comportementaux occasionnés par la rencontre; à subir ses excès, à contenir sa peur et la mienne, à admettre le risque qu'elle meure.

Il s'agit d'un processus d'identification, fondamentale, à notre communauté humaine. Munie d'étayages extérieurs garantissant ma préservation contre la contamination de « l'inespoir », il s'agit de m'engager, pendant un temps, dans une empathie inconditionnelle ; d'entrer sans discuter dans son univers, pour qu'elle retrouve un minimum de confiance en l'autre, sans lequel aucune considération thérapeutique n'est plausible ; de passer de la survie à l'espoir d'une vie sociale.

Le résultat de ce bricolage est véritablement « aléatoire, le travail improvisé ou peu soigné » pour reprendre les définitions données au début de cet article. Mais Sissi se relève, après avoir été à terre. Il est tout à fait probable qu'elle retombera. Le seul effet positif du suivi, s'il advient, tend à rendre la chute moins brutale, moins durable, moins désespérante. Et à faire que Sissi parvienne à boiter, avec quelques béquilles, dont, entre autres, l'aide psychologique. Cela signifie qu'il faut contrecarrer l'engloutissement dans un tête à tête exclusif, qu'elle exigera quand la confiance sera installée, pour combler le manque. Exercice de funambule où la tentation de toute puissance, d'effondrement, de mort, n'est jamais loin.

C'est pourquoi un autre doit s'inviter dans ce duo. Il faut trouver celui qui voudra bien de cette place d'intrus, de tiers, pour que Sissi soit encore enveloppée d'attentions suffisantes, sans que, dans son avidité, elle n'absorbe l'objet.

Conclusion

Insistons sur le fait que cette clinique ne transforme pas les aidants en dispensateurs de charité ou de pitié ; qu'ils ne sont pas tout à fait ignorants des enjeux psychoaffectifs en tension. Ici, le contre-transfert est permanent et intense ; ces personnes, d'abord des citoyens soumis à la réalité du chômage, des séparations, de l'isolement, qui les font nous ressembler comme des frères, suscitent en nous une identification singulière.

Le contre-transfert, donc, va être l'outil privilégié et indispensable de cette relation obscure ; à partir de l'éprouvé du thérapeute, le bricolage concerne une traduction, une interprétation des motions enfouies secrètement, mais transmises au clinicien en attente de décodage. Etrange, de retrouver une terminologie de l'épistémè psychanalytique, là où on ne croyait avoir à faire qu'à des expérimentations maladroites sauvages. Le clinicien de la précarité, comme ceux d'autres secteurs de psychopathologie, ferait ainsi lui aussi œuvre de translation d'un acte en mot, d'une sensation en émotion, d'un éprouvé en pensée. Double traduction dans ce cas, puisqu'il s'agit pour le psy de capter en lui-même ce que le sujet y a déposé, de se le traduire ensuite, avant de le restituer au sujet, éclairé, « détoxiqué ». Voilà bien des étapes à franchir, qui augmentent les risques de malentendus.

Voilà pourquoi, en somme, les cliniciens immergés dans la précarité réclament l'aide de leurs confrères. Surtout dans l'espoir d'un relais, d'une pluralité de compétences possibles, à un autre moment, dans une autre logique, quand le patient l'acceptera.

Note de bas de page



[1] Lors de la Journée d'étude « Sortir de la rue » organisée par l'ONSMP-ORSPERE le 18 octobre 2006 à Bron.

Les brico...▼



ORSPERE SAMDARRA
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95
BD PINEL 69678 BRON CEDEX