

Précarité : ce qui sauve,

La prise en charge des personnes en grande vulnérabilité nécessite une adaptabilité sans faille des professionnels et du cadre d'intervention, sur le plan social et psychique. Le maintien du lien reste prioritaire et oblige à un seuil de tolérance relationnel. Illustration avec l'histoire de Laetitia.

Un buisson à l'écart des regards, le hall d'entrée d'un immeuble cosu, un banc public dans un square, un recoin au fond d'une galerie commerciale, un wagon abandonné dans une gare de marchandise... Selon la Fondation Abbé-Pierre, « près de 50 000 femmes vivent dans la rue ou se retrouvent sans domicile fixe » (1). Un chiffre supérieur à la population d'une ville comme Épinal... L'Académie de médecine s'en alarme dans un rapport de juin 2017 sur l'état de santé des personnes en situation de grande précarité (2). Vingt années se sont pourtant écoulées depuis le rapport Lazarus-Strohl (3), *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, qui tentait de cerner la problématique de la souffrance psychique des personnes démunies. Mais les constats restent identiques : la rue désaffiliée, fragilise le lien social avant qu'il ne se rompe (4). Elle abîme aussi : violence, abandon de soi, conduites addictives polymorphes et massives, prostitution, pathologies somatiques et (ou) psychiques...

UN PARADOXE THÉRAPEUTIQUE

Avec ces personnes en situation de grande vulnérabilité psychosociale, un accueil dit

à haut seuil de tolérance (ou à bas seuil d'exigence) (voir encadré) peut être proposé. Dans ces prises en charge, « *la mise à l'abri est une première victoire* » (5), là où certaines conduites à risque ne permettent pas (ou plus) de contractualiser une « *abstinence de désordres comportementaux* » (*ibid*). Alors qu'il n'est pas encore question de construire un projet de vie ou de soins, l'intention première est donc de (re)créer du lien. Recueillir le consentement d'une personne pour un hébergement résonne déjà comme un « *petit rien* » essentiel. Ce qui sous-tend l'accompagnement n'est pas tant de réguler d'emblée des comportements enracinés de longue date mais bien d'accueillir la personne dans l'ici et maintenant, de façon inconditionnelle, et de prendre acte de ses troubles soulignant ainsi son extrême vulnérabilité psychosociale.

Prenons l'exemple des consommations excessives et répétées de substances psychoactives. Les conduites addictives apparaissent-elles comme un régulateur, un compensateur de troubles psychiques sous-jacents ou encore une mise en sommeil de la souffrance? Découlent-elles d'un lent processus de dégradation initié par la prise de produits en amont? En y regardant de plus près, ces comportements addictifs apparaissent finalement comme une stratégie « *adaptative non inadaptée* », venant combler au moins un temps « *un vide existentiel* » (6)... Une forme « *d'anesthésie émotionnelle* » (7) au regard du contexte de vie. Ces addictions peuvent en effet déposséder l'individu de

Jean-Michel BOURELLE

Infirmier de secteur psychiatrique,
Master de recherche clinique « Éthique
de la santé », formateur consultant GRIEPS.



c'est de faire un pas...



© Fotolia - Cellafoto.

son discernement et de son libre arbitre, menant parfois à une vie d'errance dans la rue et à l'impossibilité de formuler une demande d'aide.

Les professionnels de l'urgence sociale s'accordent à dire qu'il est douloureux de supporter la rue « *sans poteau* » mais qu'il est tout aussi difficile d'accepter un soutien et un hébergement lorsqu'on se retrouve en situation de grande précarité (8). La problématique de la demande, que l'on pourrait définir comme la tentative de répondre à un besoin par le soutien d'un tiers, ne peut donc résoudre la complexité de la rencontre avec un aidant potentiel. Il faut prendre en compte les conséquences et l'intrication des troubles psychiques sur les habiletés et compétences sociales de la personne ainsi que sur sa capacité potentielle ou réelle à « *pouvoir agir* » sur sa trajectoire de vie.

LAETITIA

Laetitia, 30 ans, mère de deux enfants, a connu une enfance difficile. Petite, elle a été séparée de sa mère biologique, et confiée à une voisine, Malika, qui exerçait comme famille d'accueil. Cette femme, qui l'a élevée, reste présente aujourd'hui dans sa vie comme sa « *mère adoptive* ». Adolescente, Laetitia a échangé avec sa mère biologique, elle-même en grande difficulté, sans vraiment pouvoir (re)tisser des liens.

• À 16 ans, Laetitia rencontre le père de ses futurs enfants, Farid, 22 ans, jeune

homme charismatique et connu dans leur quartier commun pour des faits de délinquance et de toxicomanie. De leur vie commune, naissent Leila et Karim, aujourd'hui âgés de 13 et 12 ans. À la naissance de leur fille, le couple se tourne vers Malika, ne se sentant pas capable d'assumer seul l'éducation de l'enfant. Il en sera de même avec Karim. À cette époque, Laetitia vit alternativement chez son compagnon et sa mère adoptive. Elle consomme régulièrement du cannabis et s'éloigne de sa famille. Pour Laetitia, cette prise de substance psychoactive a d'abord un usage « *récréatif* ». C'est aussi une façon de partager l'addiction de son compagnon. Mais sa consommation de toxiques devint quotidienne, et échappe à son « *contrôle* » (cannabis puis héroïne et psychotrope).

• Laetitia quitte Farid à 20 ans, dans des circonstances troubles qu'elle peine à raconter (violences physiques?) et qui la conduisent à la rue. Le jeune homme disparaît puis retourne dans son pays d'origine. Afin de subvenir à ses besoins de substances addictives, Laetitia se prostitue, la plupart du temps sans se préoccuper de se protéger avec des préservatifs : c'est pour elle « *un moyen rapide de trouver du pognon* », un peu d'argent « *facile pour se payer sa dose* ». À 22 ans, et déjà quelques années de galère, elle entre en contact avec le Centre d'accueil

et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), via un éducateur de rue. Laetitia rencontre ensuite une Équipe mobile précarité associative au gré de ses errances en centre-ville. Ces professionnels maintiennent un lien malgré l'absence d'une demande d'aide explicite de la part de la jeune femme (9). Ils s'assurent simplement que ses droits sociaux sont ouverts. Ils perçoivent bien son mal-être psychologique, mais Laetitia n'accepte pas d'être aidée sur ce plan. Moultes tentatives d'accordage et d'étayage restent sans écho. La jeune femme est tantôt hébergée chez Malika (ce qui lui permet « *d'apercevoir ses enfants et de les embrasser* »), tantôt chez un tiers ou encore en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), halte de nuit... Son état bio-psycho-social se dégrade rapidement et elle est hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie, pour des séjours de courte durée où elle conteste dès son admission les conditions d'hospitalisation : « *Je n'ai rien à faire là... J'en ai rien à foutre... Les pys ne me trouveront pas un appart...* » Tout se passe comme si Laetitia cherchait à se faire rejeter. À l'issue de ces séjours hospitaliers, l'accrochage avec l'équipe de secteur psychiatrique ne s'amorce pas. Pourtant, la jeune femme accepte de rencontrer une infirmière du Centre médico-psychologique (CMP) qui lui propose un suivi par le biais d'entretiens. L'objectif premier de cette soignante est d'entrer en contact avec Laetitia. Même si elle s'exprime peu, il émane de ses propos une réelle culpabilité liée au fait de ne pas s'occuper suffisamment bien de Leila et Karim, soulignant « *que ma mère est une très bonne grand-mère mais que ce serait bien que Leila et Karim puissent compter sur moi...* ». S'il lui semble difficile de parler d'elle, Laetitia vient aux rendez-vous, au moins un temps et de manière inconstante.

• Cependant, sa situation sociale se dégrade.

Elle ne parvient pas à gérer son budget, se trouve régulièrement sans ressources et sans solution d'hébergement, sur fond de polyconsommation de toxiques. Mais sa volonté de « *s'en sortir pour m'occuper d'mes gosses* » perdure. L'équipe du CAARUD, avec son fugace accord, signale la situation au Procureur pour obtenir une mise sous curatelle et pouvoir financer un toit « *salvateur* » lorsqu'il sera temps. En parallèle, un travail de soutien est poursuivi via l'accueil de jour où Laetitia se rend parfois. Un traitement substitutif à la

Caractéristiques de l'accueil à haut seuil de tolérance

Historiquement, la notion d'accueil « à bas seuil d'exigence » ou « à haut seuil de tolérance » de personnes en situation de grande vulnérabilité psychosociale s'est développée dans le cadre de l'accompagnement des usagers de drogues. L'objectif premier était de maintenir un lien et de garantir des soins minimaux à ces publics. Des expériences ont vu le jour au Canada, en Suisse et en Belgique. En France, aucune législation ne vient strictement encadrer ce type d'accueil, mais des projets ont été entrepris par des associations, souvent dans le cadre d'appels à projet du service public.

Quelques principes fondateurs guident nombre de professionnels exerçant au sein de ces structures d'accueil et ou d'hébergement (CHRS, accueil de jour, équipe mobile...) :

- La mise à l'abri est un premier pas dans une perspective d'(ré)inclusion sociale ;
- L'absence de demande (et de projet) n'est pas un frein à l'accueil et à l'hébergement ;
- L'abstinence de substances psychoactives (ou autres) n'est pas une condition requise à l'hébergement ;
- Un contrat formalisé et temporalisé (durée, condition, démarches...) n'est pas exigé ;
- Un cadre d'entente minimal est proposé : pas de violences physiques et de mise en danger d'autrui ;
- La notion de non-abandon est une « condition » éthique absolue ;
- Le maintien du lien par le professionnel et le fait « d'aller vers » malgré les troubles ou comportements présentés est une pratique constante ;
- Le travail de liaison et de partenariat y est privilégié (notamment avec la psychiatrie).

Ensuite, les accompagnements pluriels auprès de la personne, à partir d'un toit protecteur, revêtent ainsi un caractère « *bri-coleur* » au sens levi-straussien du terme au fur et à mesure des étayages et des liens co-construits.

Source : Fédération des Acteurs de la Solidarité (ex FNARS), www.federationsolidarite.org, 2017

méthadone lui est proposé, qu'elle rejette d'emblée : « *Laissez-moi tranquille avec votre m...* » Toutefois, chemin faisant, c'est à partir de là que Laetitia accepte d'être hospitalisée en psychiatrie et de s'engager dans une nouvelle mise à l'abri sanitaire... Une demande d'Allocation adulte handicapée (AAH) auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) se concrétise par le biais du psychiatre référent. Un traitement psychotrope est à nouveau initié et une reprise du suivi avec l'infirmière du CMP prévue à la sortie d'hospitalisation.

DES RESSOURCES DORMANTES

• Pendant quelques mois, Laetitia va mieux.

Ses addictions sont toujours présentes mais elle apprend à gérer ses consommations et cesse un temps les injections. Avec l'aide de sa curatrice, elle intègre un appartement autonome. Elle voit ses enfants assez régulièrement et passe les week-ends avec eux chez Malika : « *Les enfants sont contents de me voir (...) ils me posent des questions sur ma vie... Je sais pas quoi leur raconter...* »

• **Puis la situation dégénère à nouveau.** L'appartement de Laetitia est squatté par des personnes qu'elle fréquente dans la rue. La jeune femme reprend ses défonceuses et espace ses rendez-vous avec le CAARUD et le CMP qui perdent peu à peu le contact. Tout se joue comme une « *réaction thérapeutique paradoxale* », comme si « *plus la situation évolue favorablement, plus la situation psychosociale se dégrade* » (7). Laetitia refuse alors de reprendre le suivi CMP, qui ne lui apporte « *rien de concret* ». Lors d'une réunion de synthèse entre les différents partenaires, le CAARUD et l'Équipe mobile conviennent d'aller à la rencontre de Laetitia, l'infirmière du CMP est également prête à intervenir. Les travailleurs sociaux la voient s'étioler et restent présents malgré tout. Ils lui signifient ce qui est perçu et ressenti, ce qui est compris pour qu'elle se l'approprie autant que possible et ne s'enferme pas dans un contexte de « *non-retour* ».

Lorsque Laetitia va trop loin dans sa mise en danger, les professionnels tentent de lui faire prendre conscience des risques mais ils respectent le fait qu'elle ne les entende pas. Laetitia souffre par exemple de plaies infectées aux points d'injection et ne peut guère se déplacer correctement. Elle finit par être expulsée de son appartement. S'ensuit une énième période d'errance, entre hébergements d'urgence et chez des tiers.

À cette époque, elle perd même le contact avec ses enfants et sa mère adoptive. Elle apparaît de plus en plus « *inaccessible* », se montre agressive verbalement, comme s'il fallait qu'elle suscite encore le rejet. À ce stade, ne pas tout à fait entendre ses tentatives de rejet de l'autre, et son corollaire qu'est l'abandon, renvoie à une posture éminemment éthique. C'est dans l'ici et maintenant, face à l'adversité partagée, que la relation de confiance se fonde, s'élabore et se construit (10).

• **Le CAARUD décide de financer une chambre d'hôtel à Laetitia**, pour la protéger de ses fréquentations et des risques somatiques liés à ses consommations. Les travailleurs sociaux envisagent ses refus de soin comme un déni de son corps, enveloppe corporelle régulièrement vendue dans la rue... que Laetitia « *traite* » comme un objet extérieur à elle-même; comme un renoncement et un dédain de soi. Le lien ténu avec Laetitia permet de mettre à sa disposition des préservatifs, goutte d'eau dans cet océan de détresse. Les accompagnants restent encore témoins, sans jamais vraiment disparaître, et s'interrogent. Faut-il agir en lieu et place de Laetitia? Est-ce une indication d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie?

• **Pour autant, Laetitia conserve intuitivement des ressources « dormantes »** : elle finit par accepter d'intégrer un hébergement de stabilisation et de transition. Cette structure pratique un accueil à haut seuil de tolérance, qui permet à la personne de « *se poser* » sans conditions inatteignables. Laetitia dispose d'un studio avec sanitaires et cuisine, de la présence quasi continue de travailleurs sociaux, et surtout de temps pour s'enraciner dans ce « *milieu protégé* ». L'équipe parvient à discuter avec Laetitia de ses consommations, de sa situation au regard de la prostitution, de son état psychologique et somatique... et de ses enfants : « *Si je me bats, c'est pour Leila et Karim...* » Les interventions régulières du CAARUD au sein de l'appartement assurent l'étagage et l'accordage relationnel. Laetitia accepte timidement de rencontrer à nouveau l'infirmière du CMP qui effectue une permanence hebdomadaire au sein même de la structure. Elle reprend ses « *visites* » auprès de ses enfants.

UN CADRE PLASTIQUE

La structure d'hébergement constitue une forme d'étai sécurisant face à l'insécurité du dehors et du lendemain. Pour autant, les stigmates de la rue ne s'effacent pas

par magie. Laetitia avance néanmoins, grâce à sa motivation et à la plasticité du cadre, suffisamment ferme pour contenir les débords et signifier la « *différence entre le dehors et le dedans* » (11), et suffisamment souple pour s'adapter à ces personnes marquées par leur expérience. Il s'agit de rester près d'elle, physiquement et psychologiquement, pour contenir, accompagner et valoriser le moindre des micro-changements (12), prémices de futures évolutions : l'équipe éducative propose à Laetitia de l'aide pour la douche, l'entretien du studio, le linge. Elle lui reconnaît ses forces, ses doutes ou ses faiblesses; on accompagne et « *on ne soigne qu'un sujet* » (13), avec toute sa fragilité et ses potentialités. À la demande du CAARUD, et avec l'accord de Laetitia, une demande d'orientation vers la Maison-relais « *bas seuil* » est concrétisée.

En effet, Laetitia conserve encore une autonomie décisionnelle, qui émerge lorsqu'elle parvient à gérer ses consommations. Le fait qu'elle réussisse à « *habiter* » son appartement lui permet de porter un regard positif sur elle-même et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle (14), pour porter d'autres projets. En effet, Laetitia a su dans son parcours mobiliser des ressources intrinsèques à son expérience, ce que S. De Shazer nomme « *les exceptions et les réussites antérieures* » (12) sur lesquelles les intervenants s'appuient pour soutenir la temporalité et la permanence de l'accompagnement (maintien du lien avec ses enfants et avec les travailleurs sociaux notamment).

• **Laetitia intègre ensuite la Maison-relais bas seuil**, un dispositif unique qui permet à 10 femmes au (parfois) long parcours d'errance d'occuper un logement à soi (un bail y est signé), un lieu qu'elles retrouvent quand bien même elles le quitteraient plusieurs jours. La personne accueillie s'engage à un minimum de suivi lié aux soins et à un accompagnement social. Malgré cela, la situation de Laetitia se détériore à nouveau : consommations forcenées, studio dégradé, écarts de comportement... Son accompagnement devient « *intensif* ». Le CAARUD se déplace régulièrement à son domicile, avec le consentement à demi-mot de Laetitia. Cet « *aller vers* » (5) lorsque tout s'effondre, cet appel pressé vers l'autre lorsque son visage vient embuer le regard du professionnel, renvoie à une « *profonde humanité guidant l'éthique* »

de l'accompagnement » (15). L'équipe décide néanmoins des « mises à pied », pour poser des limites. Rien n'y fait, jusqu'à la résiliation du contrat d'hébergement, qui finalement déclenche une prise de conscience. Laetitia accepte une hospitalisation longue en psychiatrie pour « reprendre le dessus ». À ce stade, elle sent qu'elle doit se protéger de sa propre vulnérabilité. L'infirmière du CMP prépare cette étape avec elle, lui expliquant qu'elle viendra la rencontrer plusieurs fois à l'hôpital pour envisager la suite. Pendant cette hospitalisation, pour la première fois, un psychiatre évoque le diagnostic de troubles schizophréniques, soulignant que les addictions permettent souvent au patient de juguler des troubles psychiques sous-jacents. Laetitia bénéficie alors d'un traitement adapté, qui semble soulager ses angoisses et « réguler » ses conduites addictives. À son retour organisé à la Maison-relais, Laetitia investit davantage les rencontres avec les intervenants. Elle vit à nouveau une période « de mieux-être », où elle gère ses consommations, la tenue de son studio, son hygiène corporelle, et les visites hebdomadaires à ses enfants. Laetitia espère « pouvoir les accueillir un jour chez elle », avec l'aide de Malika.

CONCLUSION

L'accompagnement de Laetitia sera probablement encore jalonné de périodes difficiles, même si au fil du temps ces épisodes sont de moindre ampleur. En effet, Laetitia est aujourd'hui en capacité de discuter plus sereinement avec les professionnels, et elle sait à qui faire appel en cas de besoin. Elle verbalise davantage sur son parcours, ses doutes, son vide existentiel. Ce qui frappe surtout les accompagnants, c'est sa capacité à reprendre du pouvoir sur ses actes et ses choix, cette dimension d'*empowerment* retrouvé après tant de vents contraires (16).

La Maison-relais est un lieu privilégié de réflexion et d'analyse. De par leur présence (même partielle) au sein de la structure, et leurs échanges, les intervenants assoient probablement une meilleure compréhension systémique des situations; c'est dans ce partage de l'intersubjectivité et (ou) de la complémentarité des accompagnements « *in situ* » que des compétences croisées entre travailleurs sociaux et soignants ont des chances de voir le jour pour co-concevoir un projet de vie et de soin, global et coordonné. La trajectoire de vie de Laetitia a pu évoluer favorablement, parce qu'elle a su puiser en ses potentialités intrinsèques, révélées en cela par l'accompagnement de professionnels engagés, qui « *y ont cru* », envers et malgré tous les débordements! Si l'accueil à haut seuil de tolérance consiste à accueillir l'humanité telle qu'elle se présente (17), alors il résonne comme une exigence éthique sociétale. S'il implique une grande tolérance comportementale, c'est bien d'abord d'un haut seuil relationnel et interactionnel dont il s'agit. L'enjeu n'est donc pas tant de questionner l'aspect strictement utilitariste de ces modalités d'accueil mais de réaffirmer leur bien-fondé humaniste, préliminaire d'un projet de vie à co-construire avec la personne vulnérable. À cette fin, la recherche constante d'une collaboration et le consentement de la personne préfigurent des changements potentiels, s'appuyant sur la reconnaissance et l'expression de ses capacités, de ses habiletés et tout ce qui concourt à la mobilisation des ressources insoupçonnées. Traquant de-ci de-là, le moindre « *petit rien* »... C'est en cela que la diversité et la complémentarité des structures d'accueil et d'hébergement restent des leviers précieux et uniques, pour individualiser les parcours de vie et de soin... « *Ce qui sauve, c'est de faire un pas. Encore un pas...* » (18). Et de continuer ainsi à croire en l'existence

chez l'Autre « *d'un ressort invisible qui permet à l'être humain de faire face à l'impossible* » (19)... Paradigme fondateur d'un processus collaboratif et durable.

Cet article a été réalisé avec le précieux concours de Aurore Begard (IDE), Maud Théobald, Emmanuelle Meyer, Virginia Rabassa (travailleurs sociaux), Anne Marie Bourelle (cadre socio-éducatif).

1- Fondation Abbé-Pierre. 22^e rapport, l'état du mal logement en France, 2017.

2- Rapport Précarité, santé, pauvre-reté, Académie de médecine, juin 2017, Voir www.academie-medicine.fr

3- Délégation interministérielle à la vill (DIV). Rapport Strohl-Lazarus : Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, 1995.

4- Martin C. Penser la vulnérabilité - Les apports de Castel, Alter, Elsevier Masson, 7 (4), pp.293-298, 2013.

5- Burllet L. le bas seuil d'exigence, une solution pour sortir les SDF de la rue, Lien social, n° 1044, 01/2012.

6- Frankl V. Retrouver le sens de la vie, Interéditions, 2017.

7- Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion, rue d'Ulm, 2009.

8- Médecins du monde. Les conditions d'hébergement des personnes en situation de grande précarité, rapport 2016.

9- Mercuel A. Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien?, Annales médico-psychologiques, vol. 169, n° 10, 06/2011, p. 656-659.

10- Ricoeur P. Soi-même comme un autre, Points, 1996.

11- Winnicott DW. Jeu et réalité - l'espace potentiel, Folio essais, 2015.

12- De Shazer S. Au-delà des miracles, Le Germe, 2009.

13- Friard D. On ne soigne qu'un sujet, Santé Mentale, n° 161, 10/2011, p. 44-48.

14- Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle, De Boeck, 2007.

15- Chobeaux F. L'accès aux soins en accueils à bas seuil d'exigence, carnet psy, n° 156, p. 40-41, 2011.

16- In Revillot JM. Manuel d'éducation thérapeutique, Dunod, 2016.

17- In Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Pratique de l'entretien motivationnel en santé mentale, Interéditions, 2016.

18- Saint Exupéry A (de). Terre des hommes, folio poche, 1972.

19- Fischer GN. Le ressort invisible, Dunod, 2014.

Résumé : L'accueil à haut seuil de tolérance (ou en bas seuil d'exigence) revêt un caractère éthique sociétal indéniable. Les conditions de retour des personnes les plus vulnérables vers un toit et une amélioration de leurs conditions de vie méritent une adaptabilité et une plasticité constantes des interventions de l'ensemble des professionnels concernés, tant sur le plan social que psychiatrique. En premier lieu, l'accordage relationnel et le maintien du lien restent prioritaires. L'acte fondateur de ce type d'interventions croisées et collaboratives réside dans une forme de contrat de non-abandon de la personne, quels que soient les troubles présentés, et dans une temporalité de l'accompagnement adaptée à la complexité de la situation.

Mots-clés : Accompagnement – Addiction – Cas clinique – Errance – Femme – Lien social – Précarité – Sans domicile fixe – Structure d'hébergement – Vulnérabilité.