

# Soins psychiques aux précaires

Les situations de précarité recouvrent un état de souffrance psychique imbriqué avec des occurrences sociales complexes, qui nécessite une approche en réseau, sur un temps adapté. Décryptage psychopathologique.



L'extension des situations de précarité dans les différents champs du social, du logement et du travail, est aujourd'hui un problème central de santé publique. En psychiatrie, le secteur qui visait à combattre l'exclusion apparaît souvent, dans ce contexte d'inégalités et d'insécurité, mis en défaut dans sa dimension généraliste. Dans cette perspective, des équipes de psychiatrie et de dispositifs psy-précarité se sont employées à partir des années 1990 à explorer ce qui fait souffrance psychique et les moyens de la traiter, la prévenir et l'accompagner. La complexité de ses occurrences sociales interroge les rapports entre normal et pathologique dans des pratiques de plus en plus traversées par le management, la performance, la représentation de « l'homme économique »... Cette question est celle de l'éthique soignante et de ses rapports à la protection sociale solidaire et au sécuritaire. La souffrance s'exprime à travers des représentations sociales et culturelles. Le terme de souffrance psychique renvoie à ses conditions d'émergence, comme par exemple la multiplication des suicides au travail. Son actualité est bien celle de la déficience des dispositifs qui alimente la perte d'estime de soi. Elle n'est donc pas seulement attribuable à une défaillance, par nature, de la personnalité et des capacités de défense psychologiques. Elle est en premier lieu altération des rapports de symbolisation par lesquels l'individu trouve place en société et dans son histoire singulière, altération symbolique de la filiation jusqu'à la perte, que ce soit sur le plan individuel ou sociétal

### ÉCOUTE MULTIPLE

La précarité et la souffrance psychique conduisent la psychiatrie à préciser l'objet de ses interventions, ses pratiques d'accès aux soins et leur continuité, avec l'exigence de ne pas psychiatriser les problèmes sociaux (1). Elles ont ouvert de nouvelles élaborations psychopathologiques sur l'errance, les vécus traumatiques, la récusation,

les défenses psychiques mélancoliques et d'auto-exclusion, ainsi que tout ce qui fait différenciation entre névrose et psychose. Sur le plan éthique, l'approche de formes d'exclusion souvent cumulatives (SDF de longue date, immigrés sans papiers, travailleurs pauvres, femmes abandonnées, habitants de quartiers déshérités, jeunes en rupture, maladies chroniques...) reste la reconnaissance des droits humains fondamentaux et de la dignité. Cette écoute ouvre la nécessité de penser les liens avec les intervenants (logement, éducation, action sociale, travail), tant les symptômes d'errance, de perte et d'abandon témoignent de la vulnérabilité des individus.

Ce travail en commun fonde le réseau, mobilisant des compétences différentes, des représentations culturelles multiples, dans un mouvement d'alliance et de négociation qui englobe les familles, souvent absentes ou éclatées au départ. Cette écoute multiple des différentes légitimités conduit à penser les pratiques dans un cadre diversifié. La psychiatrie se déplace sur les lieux du social (« l'aller vers »), dans la rencontre des personnes précarisées et des équipes sociales, selon des modalités diverses (passages réguliers, permanences d'accueil, entretiens individuels ou en groupes, lieux de parole pour les intervenants, pour les exclus...). Cet ensemble crée les conditions de l'accompagnement du sujet en souffrance dans l'accès aux soins ou à l'insertion sociale.

### ALLER VERS LE PATIENT

En psychiatrie, l'expérience des pratiques d'accueil permet ce « prendre le temps » de la construction du lien en situation de crise. Les modalités de cet accueil varient selon les équipes, mais il doit néanmoins remplir trois conditions :

– **faire connaissance dans la réciprocité avec le patient et les tiers.** Dans cette disponibilité pour la rencontre, l'écoute consiste à prendre soin de la parole de l'autre et des négociations possibles quant à la potentialité du soin à construire, mais aussi des ressources mobilisables sur le plan familial et social, ce que nous appelons « cartographie » de la situation. Celle-ci prend en compte les conditions d'existence et culturelles du sujet et nécessite une connaissance du territoire où elle s'opère.

– **organiser, en première ligne, des espaces et temps d'écoutes et d'échanges,** non contraignants, repérables et connus des intervenants extérieurs et de la population. À Paris, cette dimension institutionnelle

Jean-Pierre MARTIN\*,  
Pierre MORCELLET\*\*

Psychiatres,  
\*Ex-responsable du pôle psychiatrie  
précarité, CH Esquirol (Val-de-Marne),  
\*\*Chef de pôle psychiatrie,  
CH Édouard-Toulouse (Marseille)



nous a fait opter pour la mise en place d'un centre d'accueil et de crise ouvert 24 heures sur 24 avec un premier accueil dispensé par deux infirmiers qui symbolisent l'institution, une présence médicale permanente mobilisable en deuxième intention, le passage quotidien des assistantes sociales et de psychologues du secteur. Ce dispositif d'écoutes multiples apporte un climat de protection et de confiance aux personnes en souffrance et permet aux familles de dédramatiser. À Marseille, le choix a été de mettre en place : une équipe infirmiers-psychologues-médecin aisément interpellable et se déplaçant à la demande, des permanences pour les publics sur les lieux d'accueil, des temps de concertation avec les équipes, des « forums » mensuels à l'échelle des secteurs et organisés de manière tournante sur les lieux institutionnels du social pour une réflexion partagée et un questionnement réciproque des acteurs du social et du soin (2).

– **prendre le temps d'écouter toutes les demandes marquées par le sentiment d'urgence** et l'engagement soignant aux frontières de l'institution et de ses limites. Ces conditions de l'« aller vers » sont évidemment difficiles à réunir dans le lieu interface déplacé vers les structures d'accueil social, voire dans la rue.

### LA RÉCUSATION

La première difficulté qui met en souffrance les travailleurs sociaux est la récusation. Ici elle prend des formes qui ne peuvent se réduire à sa caractérisation de défense psychotique (Marcel Czermak, 3). Elle rend compte de la force du refus plus ou moins conscient de l'aide d'un grand nombre de SDF, face aux mauvaises expériences d'exclusions institutionnelles (dont celles de séjours dans des établissements psychiatriques) et de violences subies. Cette réaction n'est pas en soi du négativisme (ou refus d'une aide vécue comme menaçante, intrusion dangereuse pour l'intégrité du sujet), mais une position de défiance de la société, de ses dominations, de ses stigmatisations. Dans la transformation de la relation à l'autre, induite par la situation de grande précarité ou d'exclusion, l'autre s'annonce comme celui qui, de sa place même, me fait souffrir : prendre le temps (et le soin) de se constituer comme un autrui possible, dans une intersubjectivité où l'asymétrie n'exclut pas la réciprocité, est alors une condition pour dépasser cette position de récusation. Sur le plan clinique, elle traduit une désorganisation de

l'usage social normatif du temps et de l'espace, un remodelage traumatique, cumulatif et répétitif par l'enfermement dans l'identité d'exclus. La récusation marque donc une altération des fonctions symboliques dans laquelle la parole se réduit au mieux à la seule demande de prestations de survie.

Cette récusation est aussi la première difficulté contre-transférentielle pour les soignants confrontés à l'ampleur de l'altération des corps. Elle déclenche le double piège de la compassion et du rejet, dont la honte partagée et l'angoisse sont les aspects les plus fréquents, mais aussi celui de s'enfermer dans l'observation participante au nom du savoir.

Le double regard soignant-travailleur social devient alors une nécessité structurelle à construire dans la mobilité (un temps et un espace à créer à chaque tentative de rencontre), mais aussi dans la suspension des savoirs préalables. Dans la rue, cette approche est plus aléatoire, liée aux passages des maraudes associatives et à leur régularité. Dans ces passages, l'équipe psychiatrie-précarités est mobilisée et accompagnée par les autres intervenants sociaux, ce qui nécessite de penser son savoir professionnel comme prendre soin de situations extrêmes, en référence à la place incontournable du corps déchu à la rue. Toute intrusion et toute pratique d'urgence montrent immédiatement leurs effets improductifs, soit le sujet prend la fuite et disparaît du site, soit il manifeste des réactions agressives. L'intervention en urgence reste donc l'exception, limitée aux situations corporelles catastrophiques, le tissage patient du lien est la règle.

L'accueil dans la rue, ou dans une structure de première ligne, marque la reconstruction lente d'un fil narratif rompu, où l'histoire de chacun « s'enchevêtre » dans celle des autres (R. Kosselleck, 4), pour un temps qui s'ouvre à nouveau, à partir du présent, sur les dimensions dialectisées de l'attention, de la mémoire, de l'attente.

L'accueil dans une structure de soin, rarement possible, met en évidence l'altération de la fonction symbolique dans le langage réduit à des demandes de prestations de survie, au mieux à des récits de victimisation construits comme une carte d'identité, à l'impossibilité d'investir une heure de rendez-vous. Les admissions sont alors problématiques. En revanche, lorsqu'un tel accueil s'effectue après un travail préalable, l'orientation vers une

structure de soin est possible et peut être accompagnée. Ce mouvement « positif » rend exceptionnelle l'arrivée en état d'alcoolisation ou sous toxique. Le double regard soignant-social permet donc de prendre en compte la globalité de la situation corporelle, psychique et sociale.

Cette démarche nous amène à approfondir la notion de prendre soin qui s'inscrit dans une approche collective et pratique que Jean Furtos nomme « clinique psychosociale » (5). Elle fait apparaître les demandes de reconnaissance et de protection, de l'état du corps, de sa position, de l'organisation du campement, des objets familiaux qui subsistent, mais aussi les solidarités locales de l'environnement (autres SDF ou voisinage). Elle introduit des paroles réciproques, des échanges où ce qui est nommé, commenté, fait traces et possibles identifications, ouvrant à une possible histoire commune avec des soignants. La démarche de réseau permet l'hypothèse d'une tentative de psychothérapie institutionnelle qui structure, à la limite des institutions (5), un possible premier accompagnement. Nous observons que, pour les errants les moins « cassés », des paroles « adressées » peuvent s'y construire, que ce soit sur le mode interindividuel ou dans des groupes de paroles, qui surmontent la récusation et servent de support, dans un deuxième temps, à une orientation, vers une structure de soin, une démarche sociale ou un hébergement.

### DÉCRYPTAGE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Cette première approche clinique permet d'élaborer plus précisément ce qui fait soin psychique, et de dégager une approche psychopathologique.

#### • L'auto-exclusion

Ce contexte clinique de malaise réciproque a été décrypté par Jean Furtos comme une auto-exclusion. Elle traduit un évitement de l'échange, son indicibilité, une impasse du lien sans autres manifestations psychopathologiques et constitue une perte de la continuité d'être – hors appartenances – l'énergie psychique étant mobilisée à s'exclure de la situation. Selon René Roussillon (6), il s'agit d'une tentative imaginaire d'éviter la conflictualité et les difficultés structurantes, d'une réémergence de l'enjeu du paradoxe intégrateur de l'enfant dans son apprentissage à être seul en présence de sa mère. Sa mise en échec, ici, passe par le brouillage de l'emprise de l'autre en s'infligeant à soi-même le piège issu de l'impossibilité



© Halfpoint - Fotolia.

d'affronter les multiples contraintes. Le sujet s'exclut pour éviter d'être exclu. Ne tenir à rien renvoie à sacrifier une partie de soi pour sauver le tout, véritable clivage du moi qui s'accompagne d'un jeu sur les limites d'un espace piégé comme norme. L'expérience montre que si cette élaboration psychique n'est pas en soi pathologique, elle peut le devenir si la situation se fixe durablement. Cette façon de disparaître produit déficit, désubjectivation, anesthésie du corps, inhibition de la pensée, pré-ludes à l'incurie et à l'abandon de soi jusqu'à la mort. Elle est à rapprocher du « retour du sujet disparu » où les choses s'inversent par exaltation hypomaniaque. Ce retour du clivé se produit souvent sous alcool ou toxique, ou se déplace momentanément vers l'écrit ou une production d'objets qui demeurent non adressés à autrui, comme un pur objet narcissique. L'auto-exclusion apparaît comme une stratégie de survie marquée par l'échec du principe de réalité à renoncer au tout un du narcissisme primaire, la réalité des vécus sociaux venant souvent confirmer ce renoncement.

### • Mélancolie et mélancolisation du lien social

La mélancolie se différencie de l'auto-exclusion par une atteinte de l'unité du moi et non la seule modification du rapport au moi. Dans *Deuil et mélancolie*, Sigmund Freud (7) délaisse la description psychiatrique d'une mélancolie déficitaire en distinguant la mélancolie du deuil normal, réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place. Si, dans le deuil, la douleur s'accompagne d'une inhibition de la pensée confrontée au principe de réalité de l'objet perdu qui continue à exister psychiquement, dans la mélancolie c'est le moi qui devient pauvre et vide jusqu'au « *délire de petitesse* », expression d'un clivage où une part du moi, l'instance morale, prend l'autre part comme objet d'une plainte, rendant impossible l'investissement de la relation aux objets externes. Pour que cela se réalise, il est nécessaire que la relation d'objet se soit constituée sur une base narcissique, ou réactualisée par le contexte social de la perte. Le sujet se montre à nu, sans pudeur, et présente une autoaccusation de grande ampleur dont Karl Abraham fait le résultat de l'introjection de l'objet perdu qui doit être détruit. L'accusation concerne le mort comme objet incorporé en même temps que son existence archaïque, initiale à sa propre mise au monde, comme

si sa présence était en trop dans ce qui existait avant lui. L'ambivalence de la relation d'amour apparaît, mettant en jeu la satisfaction de tendances sadiques contre sa propre personne et explicitant la tendance au suicide.

Les défenses mélancoliques se retrouvent chez de nombreux sujets précarisés jusqu'à leur expression extrême : le syndrome de Cotard (8), où les idées hypochondriaques d'inexistence, la négation de la fonction des orifices, des organes et des membres, l'analgésie sont en lien imaginaire avec des idées de damnation, de possession, d'immortalité et de grandeur.

Mais ce que les profanes repèrent comme dépression des sujets exclus est plus fréquemment ce qu'Olivier Douville propose comme « *mélancolisation du lien social (9)* ». Cette hypothèse rend compte de la dégradation progressive des rapports du sujet à l'espace, au temps, au corps et au langage. Les sujets en danger psychique ont perdu le sens de leur corps, de son intégrité, de sa cohésion ; une petite parcelle d'objet ou de vêtement constitue le refuge ultime, un « je » comme marque, stigmaté, par lequel on reste vu. L'errance adolescente est révélatrice de cette mélancolisation, car elle touche la structure même des échanges, dans la confusion entre présence et apparence, et s'expérimente dans des lieux urbains aux liens sociaux dissociés où se dilapident les discours identitaires. La fonction du tiers est ainsi soumise à une démultiplication, une abrasion, un brouillage des lieux, des espaces et des générations.

En reprenant cette hypothèse, nous accédons à la souffrance psychique d'un grand nombre de précaires, mais aussi des intervenants. Car pour échapper au malaise et à la honte de ne pas apporter une aide efficiente pour sortir de cette dégradation, de cette emprise de la réalité nue, du vide de rapports symboliques, comment construire un espace d'échanges symboliques possibles ?

### • Les traumas cumulés

Si la souffrance psychique recouvre l'ensemble des modes de défense d'un sujet face à une menace possible pour son intégrité, elle se formule souvent dans son expression traumatique jusqu'à s'identifier sans contrastes avec un trauma initial dont le vécu et le caractère indélébile se répètent. Elle prend la forme de la plainte et de l'abandon qui occupent le « trou » amnésique du trauma et d'une

impossibilité à raconter ce qui s'est réellement passé. Cet effacement produit un vide de la capacité d'inscription, avec une indistinction entre trauma, réalité sociale et altération des liens symboliques.

En psychiatrie, la question des effets psychiques du trauma reste controversée, dans une tension entre sa dimension de sidération, purement émotionnelle, dans le stress post-traumatique, et une psychopathologie qui repose sur les altérations psychiques internes de la névrose traumatique.

Un détour historique par l'histoire psychopathologique de la notion de névrose traumatique apparaît ici nécessaire. En rupture avec les effets purement neurologiques et anatomiques, elle se distingue progressivement de la neurasthénie immédiate liée à l'effroi par ses effets à distance, après un temps de latence, que sont l'insomnie, les cauchemars répétitifs, les terreurs nocturnes, les troubles mnésiques ainsi que l'hypochondrie, puis de l'hystéro-traumatisme de Charcot où « *elle s'impose à cette idée qui vient de l'extérieur comme une espèce de rêve* » (10) et non comme une entité traumatique spécifique.

– L'apport du Congrès international de psychanalyse de Budapest en 1919 est déterminant : c'est sur la confrontation à la réalité de sa propre mort et de ce qui fonde une clinique de l'effroi que s'élabore la notion de pulsion de mort.

– S. Freud dégage les névroses traumatiques des névroses narcissiques comme un remodelage psychique occasionné par l'effroi, sentiment issu de l'affect lié au souvenir refoulé de la séduction sexuelle des adultes chez l'enfant.

– Sandor Fénénczi (11) oppose à la notion de réminiscence freudienne celle du silence comme expression du trauma, c'est-à-dire la négation, le désaveu du vécu de l'enfant face à la séduction. Il en résulte soit l'amnésie soit le clivage psychotique. Mais il souligne également que ces défenses archaïques sont à resituer dans l'histoire des transmissions d'événements traumatiques entre générations.

– C'est dans cette filiation que Claude Barrois (12) et la psychiatrie militaire du Val de Grâce considèrent la névrose traumatique « *comme un moment d'annonce au sujet qu'il n'est rien, d'un trou où se dissout toute originalité. Il y a au moment inaugural un dévoilement dans lequel la réalité de la mort devient le réel du sujet et rien d'autre que cela* ». Le trauma n'est pas un souvenir mais une intrusion persécutrice permanente. De ce fait,

l'écoute de ces patients devient une confrontation à un rapport au temps particulier, dans le sens où la brisure de l'écoulement du temps créée par l'accident traumatique, dans une rupture de l'historicité individuelle, s'oppose au temps de latence d'apparition de la névrose. Par cette dimension incommunicable du traumatisme, le temps de la cure se trouve mis en défaut. Ceci explique que, très souvent, la cure produit une aggravation même de l'effet

(aider l'autre voire « l'interroger ») pose la question d'endosser la réactivation de sa souffrance comme un engagement à être présent dans la continuité.

#### • Les psychotiques à la rue

La dimension régressive de l'auto-exclusion interroge ses rapports possibles avec la psychose. Nous observons que le morcellement de la pensée du sujet et sa mortification se retrouvent dans le syndrome

Notons également que le prendre soin et le nursing permettent une forme d'accroche que l'on ne retrouve pas aussi vite dans l'auto-exclusion. D'ailleurs, l'environnement trouve souvent ces exclus « attachants » et il est possible d'observer que certains psychotiques trouvent une forme d'inscription dans le brouillage urbain. De ce fait, l'accès ou le retour aux soins doit être pesé. Quand cela est possible, il faut engager une remobilisation



**C'est dans cette façon de réhabiter le silence, de reconnaître la parole de l'autre, que commence la restructuration d'un lien social. »**

traumatique, car le patient se trouve confronté à la frustration de l'attente d'un effet soignant qui n'est pas venu.

Cette filiation nous aide à saisir la place du silence, de l'oubli, dans l'approche relationnelle de la temporalité traumatique et de ses répétitions des personnes en grande précarité. Nous sommes bien dans l'après-coup, ce qui n'enlève rien à la pertinence des débriefings lors des catastrophes mais les situe comme un moment d'un prendre soin humain relationnel. Cette approche de l'altérité ne peut être un moment d'expertise ni l'objet de grilles d'évaluation ; elle est liée à la capacité contre-transférentielle d'écoute et de reconstruction, pas à pas, d'un lien qui inaugure une histoire. L'approche du soin est celle d'une ouverture thérapeutique par l'accumulation de traces et de repérages, qui forme une trame de ce qui peut être restitué au sujet. Elle est en même temps une tentative de réintégration dans la collectivité humaine, sinon elle risque de rester lettre morte. C'est dans cette façon de réhabiter le silence, de reconnaître la parole de l'autre, que commence la reconstruction d'un lien social ouvrant un accès vers un lieu et un temps thérapeutique. Cette démarche ne peut être fondée sur la dénégation, en particulier de la fonction vitale du silence et de l'oubli. Face aux processus de désymbolisations massifs subis, ce travail va dans le sens d'un processus de re-symbolisation particulier à chaque sujet. Soulignons ici l'apport de René Roussillon sur les rapports complexes à l'oubli (6), car ne jamais oublier c'est ne jamais élaborer, un traumatisme peut en cacher un autre plus ancien, et la difficile question du contre-transfert

de Cotard (8) mais aussi dans la schizophrénie ; elle fixe également les sujets dans des positions paranoïaques ou les révèle. En pratique, nous rencontrons régulièrement des psychotiques à la rue et dans les hébergements d'urgence et de stabilisation. L'enquête Samenta du Samu Social (13) en rend compte : ce sont le plus souvent des patients en rupture de soins, soit du fait du clivage psychotique, soit de ruptures de prise en charge, multipliées par les nouvelles gouvernances de l'hospitalisation à flux tendu en psychiatrie. Des psychoses décompensent également au cours des situations extrêmes (être à la rue, en particulier pour des adolescents et des jeunes adultes). La comorbidité avec des addictions reste un problème diagnostique fréquent. L'importance de la dépersonnalisation, du retrait, du morcellement, de la désorganisation du campement et de la vêtue, l'impulsivité en situation d'intrusion, les délires confusionnels et de persécution constituent des signes d'alerte. Mais la dimension discordante et la froideur affective ne sont pas toujours significatives dans la désorganisation et les brouillages de la rue.

Ce sont donc l'étrangeté des passages à l'acte et les éléments recueillis lors de courts entretiens qui différencient, sur le plan psychopathologique, les symptômes psychotiques de l'auto-exclusion. Dans la psychose, nous retrouvons un négativisme, des éléments fusionnels, l'ampleur d'une persécution déstructurée, la réticence plus que le refus. L'exclusion vient alors en écho d'une pensée dissociée, marquée par les incohérences et la diffluence du langage, traversée par des productions délirantes et des impulsions subites.

des soignants précédents, sans rompre l'« équilibre » construit à la rue par le psychotique. Avec ces patients, la question est celle de la « bonne distance ». Le temps à prendre est cependant limité par la vulnérabilité aux agressions de la rue ainsi que l'état somatique.

La question de l'alcool, globalement présente chez les personnes en errance comme une défense pour « s'oublier » et un facteur d'appartenance au monde de la rue reste peu abordable tant que la situation n'a pas changé. Paradoxalement, le morcellement psychotique permet souvent de marginaliser cette question et de remplacer l'alcool par la dépendance à l'intervenant. Dans l'errance des jeunes à la rue, la différenciation avec l'auto-exclusion porte sur la recherche d'une identification à l'adulte et l'ampleur des conduites addictives. La représentation de la psychose est ici marquée par l'évolution des mentalités sociales, souvent dépistée plus précocement, mais survenant chez des jeunes encore étudiants ou en début d'engagement professionnel, vivant en famille ou en couple, avec une vie sociale et sexuelle, dont le parcours échoue ou se rompt sans réelles raisons apparentes. L'errance vient alors comme une récusation du monde adulte et de ses contraintes, avec ses errements relationnels et affectifs, les angoisses d'identité sexuelle, les vécus d'étrangeté et de dépersonnalisation, voire de conduites d'automutilation qui témoignent d'une désorganisation de la pensée. L'errance se produit dans des moments de clivage avec la famille et les institutions. Elle est aussi une tentative de pallier un affaissement narcissique, une désinscription avec tout lien hors celui de la rue.



L'approche de ces jeunes est d'emblée difficile, car ils se méfient de toute position construite, source de provocations « gratuites ». Le travail d'approche doit être patient et rassurant, c'est-à-dire prendre le temps d'une élaboration sur les conflits d'identification avec le monde adulte. Olivier Douville souligne que l'hypothèse de la mélancolisation est fiable sur le plan psychopathologique et rejoint Serge Leclaire (14) qui suggère d'« entendre la demande d'amour comme quelque chose qui est là pour fonder le statut narcissique du sujet sexué et non pas du tout comme une demande de jouissance ». La question du repérage de symptômes psychotiques, et de son retour vers le jeune, ne peut donc que s'inscrire dans la présence confiante et non dans le passage à l'acte diagnostique, tant il est l'annonce d'une catastrophe à traiter.

### LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

Le travail de réseau auprès des personnes précaires permet l'élaboration d'une clinique des situations de précarité et celle d'un accompagnement vers le soin. Cette position trouve sa consistance dans des réunions d'appui-soutien entre intervenants qui constituent, sur le plan éthique, le travailler ensemble. Celui-ci rompt avec l'isolement, le risque d'abandon du précaire (mais aussi de l'intervenant) quand les vécus de frustration et de honte envahissent la subjectivité des intervenants. Ce réseau se crée, le plus souvent, à partir des demandes du social. Sa reconnaissance progressive par les politiques publiques s'est traduite par la loi contre les exclusions de 1998 (15) et la circulaire du 23 novembre 2005, ouvrant la possibilité de financements d'équipes mobiles spécifiques avec un cahier des charges. Mais, pour certains, cette avancée a son revers quand elle entérine les limites du secteur, et tend à être son substitut. La seule référence devient alors l'urgence spécifique

d'être à la rue et la pratique de réseau perd de son sens comme acte thérapeutique collectif pour être ramenée vers une problématique de filière de soin, en substitut d'un véritable service d'accès aux soins généraliste de secteur psychiatrique.

Cette situation interroge le rôle des nouvelles gouvernances qui privilégient le financement à l'activité, la clinique étant référée prioritairement au coût des actes et des dispositifs et non à une réelle continuité des soins relationnels dans la communauté. L'équipe mobile cesse alors d'être un outil arrimé au secteur et devient un dispositif intermédiaire chargé de trouver un secteur de référence, complexifiant le travail de négociation, voire le réduisant à l'attente d'une place dans la structure de soin. La conséquence en est la multiplication des patients à la rue.

L'approche clinique des souffrances psychiques liées aux souffrances sociales interroge donc non seulement l'état des lieux de la psychiatrie, mais aussi la notion politique de santé mentale. Le rapport *Psychiatrie et grande exclusion* de 1996 (16) recommandait un accès aux soins de droit commun et non un dispositif spécifique. Les équipes mobiles s'avèrent souvent très éloignées de cette recommandation de par la conjoncture économique et sécuritaire. Cette dernière vient alimenter la « nécessité » de sortir de la rue et de l'urgence des précaires au nom d'une supposée dangerosité qui s'avère, comme pour les patients en psychiatrie, un phénomène exceptionnel, la violence étant le plus souvent référée aux situations de violence institutionnelle.

Une politique de santé mentale doit donc mettre en évidence ces diverses sources de souffrances et d'errances et proposer leurs traitements en lien avec un accompagnement social (comme les Groupes d'entraide mutuels [GEM], les maisons relais, la réflexion sur les pairs-aidants et

le rôle de l'humanitaire...), mais aussi dans les alternatives que représente la résistance dans les squats et sous les tentes. Ce temps du prendre soin collectivement est essentiel dans la constitution de liens d'altérité comme fondement du soin psychiatrique éventuel et d'une politique de santé mentale fondée sur les solidarités. Cette refondation est l'enjeu d'une psychiatrie humaniste.

1- Jean-Pierre Martin, *Psychiatrie dans la ville et La Rue des Précaires*, Paris, Eres, 2000 et 2011.

2- Pierre Morcellet, *Effets et actes de soin, VST, Psychiatrie et précarité*, n°101, 2009.

3- Marcel Czermak, *Patronymies*. Paris, Masson, 1998.

4- Reinart Kosselleck, *Le futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques*. Paris, Éd. de l'EHESS, 1990.

5- Jean Furtos, *Les cliniques de la précarité*, Masson, 2008.

6- René Roussillon, *Agonie, clivage et symbolisation*, PUF, 1999.

7- Sigmund Freud, *Deuil et mélancolie*, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1952.

8- Syndrome de Cotard : forme d'état mélancolique délirant marqué par la négation d'organe et du corps, de putréfaction et d'orifices bouchés, associé à des idées d'immortalité.

9- Olivier Douville, *De l'adolescence errante*. Nantes, Éd. Pleins Feux, 2008.

10- J.M. Charcot, cité par Claude Barrois (réf. infra).

11- Sandor Ferenzi, *Psychanalyse des névroses de guerre*, *Psychanalyse tome III*. Paris, Payot, 1993

12- Claude Barrois, *Les névroses traumatiques*. Dunod, 1998.

13- Recherche Samenta du Samu Social sur les personnes sans domicile fixe. Paris, 2009.

14- Serge Leclaire, *Apprendre à aimer, entretien avec Madeleine Chapsal*. Paris, Fayard, 1975

15- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Circulaire DHOS/O2/DGS/6c/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

16- *Psychiatrie et grande exclusion*, Roger Lacan C., Patris C., Secrétariat d'État à l'action humanitaire d'urgence, La documentation française, 1996.

**Résumé :** La caractérisation de la pratique clinique dans les situations de précarité et d'exclusion est un engagement centré sur la subjectivité et la parole du sujet en souffrance, son imprévisibilité et l'ouverture vers de nouvelles connaissances psychopathologiques. Elle inscrit la psychiatrie comme une science des carrefours de différents champs où la médecine psychiatrique rencontre le somatique, la sociologie, l'anthropologie et la psychanalyse. L'aller vers et le prendre le temps de construction de liens relationnels qui structurent l'accès au soin et sa continuité y trouvent tout leur sens. Une politique de santé mentale est l'accompagnement social de cette démarche clinique et les moyens de sa réalisation.

**Mots-clés :** Accueil – Archaïque – Écoute – Équipe pluridisciplinaire – Errance – Exclusion – Oubli – Politique de santé – Précarité – Prise en charge – Psychose – Refus – Silence – Soignant – Souffrance psychique – Subjectivité – Traumatisme psychique – Travailleur social.