

Bulletin national santé mentale et précarité

Dépasser l'urgence

édito

Christian LAVAL

D'abord il y a cette info d'un Directeur d'association qui tombe comme une dépêche : « on ne peut pas vivre hors du temps » ; elle vient de Lille mais aussi bien d'Algérie ou d'ailleurs. Il est vrai que le temps du traumatisme conjugue risque vital et mise hors circuit de la temporalité, une forme de stupeur.

Pour sortir de ce hors temps, le modèle de l'urgence humanitaire s'est installé durablement dans le paysage contemporain. L'extension de ce modèle, bien au-delà de l'urgence médicale, est à l'origine de la pérennisation de dispositifs précaires et de la multiplication des « *intermittents du social* ». Devenu hégémonique, cet urgentisme provoque en réaction des tentatives de sauvegarde d'un temps où l'on prenait le temps, mais ouvre parfois aussi à des actes inventifs d'outre passage des institutions pour « aller vers » l'autre en souffrance. C'est à partir de cet engagement vers « l'étranger » qu'un premier accordage des temps institutionnels et des temps vécus peut ouvrir à une narration possible.

Mais lorsque la parole d'un homme, d'une femme ou d'un enfant qui se raconte suspend le temps de l'urgence, et qu'elle ne débouche sur rien, le temps de la haine ou de la violence peut lui succéder. Face à ce risque, le temps de l'éprouvé oblige les intervenants à se poser cette question : *comment résister et se réapproprier du temps à partir de la tyrannie de l'urgence ?* Cela n'est pas simple. L'injonction publique et une certaine demande sociale exigent une réparation immédiate et ne laissent que peu de temps au temps réflexif. Pour tous les praticiens du social ou du soin, il convient dans le même temps de dénoncer le mouvement d'urgence généralisé d'une société où « *la dette est désormais mise au compte des sujets* » et non plus de l'Etat social, mais aussi de faire comprendre que seul le temps passé et soi-disant « perdu » à écouter des histoires permet de relancer et de repenser des projets fondateurs du soin ou de l'action sociale.

Le temps du projet devient celui du risque assumé dans une histoire, aussi bien pour les intervenants que pour les usagers. Mais entre « *hâte intempestive et déréliction contemplative* », la juste mesure relève de l'art du politique : savoir construire « *une certaine lenteur au cœur du mouvement même* », là où il s'agit de rester vivant ensemble ; dès le premier instant et jusqu'à éprouver la densité du temps.



DOSSIER

Le réel du temps Frédéric NEYRAT	p. 2
Le travail social, entre progressisme et présentisme Bertrand RAVON	p. 3
Pour renouer la trame... à propos de la temporalité traumatique Houria CHAFAÏ SALHI	p. 4-8
Temps précaire et intermittents du social Henri PELTIER	p. 5
Prévention : du temps et de la confiance Marie-Claire FILLOT et Nejib GUERBAA	p. 6

Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique Michel AUTES	p. 7-8
La didacture de l'urgence Youcef BOUDJEMAI	p. 9
Rester vivant Guy ARDIET	p. 10
Le temps d'éprouver la densité du temps Olivier DOUVILLE	p. 11-12
Un temps institué par nous... Jean-Pierre MARTIN	p. 13
Temporalité perdue et temporalité retrouvée Philippe-Jean PARQUET	p. 14-15
LE COIN DU CLINICIEN	p. 15
ACTUALITES	p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Le réel du temps

Frédéric NEYRAT

Directeur de programme
au Collège International
de Philosophie,
Membre de la revue
Multitudes.

Une étrange conception du temps semble transir notre époque, celle du « temps réel ». Comme s'il avait fallu attendre les ultimes avancées de la technologie pour que puisse enfin advenir le présent comme tel, un présent absolument présent qui n'aurait plus rien d'irréel ou d'abstrait...

Le « temps réel » est en effet la simultanéité rendue possible technologiquement. Il correspond à la volonté d'abolir l'éloignement, la spatialité, au profit d'une « pure » temporalité : je puis suivre, vivre à distance un événement même si je ne s'y suis pas. L'abolition de la spatialité va ainsi de pair avec une forme de dématérialisation. Le temps réel fait fond sur l'irréalité des corps. Ce que l'on nomme la téléaction, l'action à distance en temps réel, laisse ainsi de côté ce qui ne se transporte pas – le corps en reste, le corps-déchet.

Mais cette opération technique a son revers. Cherchant l'immédiat, le temps réel révèle un désir : que disparaissent les médiations et leurs durées. Tel est le destin des medias télé-techniques que de vouloir faire corps avec l'information qu'ils véhiculent. Fantôme de la transparence. Non plus quelque « fenêtre sur le monde », pour reprendre ce que disait Alberti du tableau en perspective, mais le monde faisant irruption par votre fenêtre. L'absence de médiation se paye en effet d'une dangereuse proximité avec ce qui nous vient du monde, comme si celui-ci venait à nous « en direct ». Guerre, S.R.A.S., Tchernobyl, 11 septembre 2001 : la « société du risque » (U. Beck) est le monde sans extérieur, sans « externalités », le monde en boucle, où chaque danger est susceptible de toucher l'ensemble des populations, où la menace se fait diffuse.

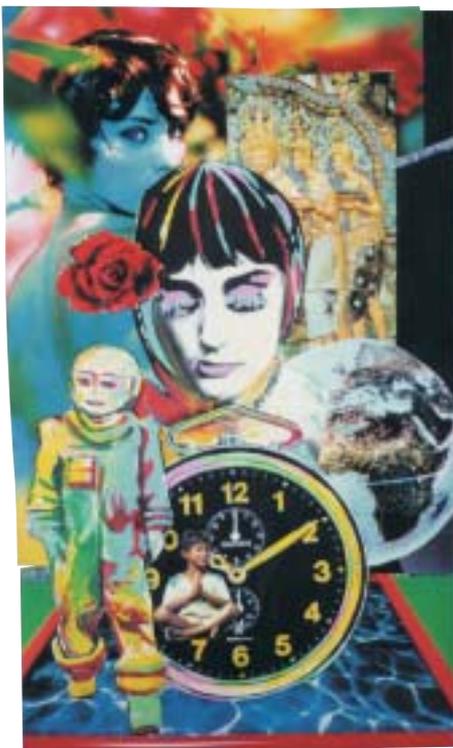
C'est bien entendu ce que mondialisation veut dire qu'il faudrait interroger ici, ainsi que la remise en cause radicale des distinctions symboliques qu'elle engage (intérieur/extérieur, privé/public, national/extra-national).

Mais la composante technique joue un rôle déterminant dans ce processus. Elle force les modalités de l'action à se fixer sur l'accélération des événements et des suites à leur donner. Ainsi entendrons-nous, après les attentats terroristes de Madrid en mars 2004, un membre du gouvernement français déclarer la nécessité d'informer « en temps réel » sur les risques encourus. Ce sont pourtant bien toutes les sociétés qui exigent aujourd'hui prévisions et traitements immédiats des dommages : canicule, enneigement, terrorisme... L'urgence de ce que Sloterdijk nomme notre « civilisation panique » implique ainsi

« routine », où la dernière nouveauté a pour vocation de s'effacer au plus vite dans la suivante. Époque de la consommation, époque des objets « déjà consommés » remarquait Heidegger bien avant Baudrillard. « *No future* » clamaient les punks ; les cyber-punks leur répondent : « *No present* ». C'est en effet que le temps réel ne laisse pas être le présent, mais le court-circuite.

Il ne faudrait tout de même pas noircir le tableau outre mesure. La relation forcée qu'établit le temps réel a pour effet d'empêcher la persistance des mystères, étatiques, scientifiques ou industriels. L'on a pas cru longtemps aux mensonges d'Aznar, et les trucages de Bush Jr. relatifs à la guerre d'Irak II ont bien vite été éventés ; ils lui reviennent aujourd'hui dessus à vitesse Grand V. Temps réel et possibilité de la contagion peuvent devenir des moyens de pression politiques immenses, capables de retourner notre système démocratique hautement démagogique en exigence de solidarité, de prévention contre les risques (sociaux ou écologiques). L'on dira bien entendu qu'une réponse en situation d'urgence ne touche qu'à la superficie des problèmes. Ce serait faux : les dangers auxquels nous sommes aujourd'hui exposés dans l'urgence exigent et exigeront de plus en plus des réponses rapides et structurelles, des changements immédiats et radicaux.

Notre pari serait ainsi le suivant : c'est à partir de l'urgence, dans cette mise en relation généralisée, au sein du monde commun qui se construit sous nos yeux que l'on pourra redécouvrir une autre forme de présent. Non pas la fin du mouvement mais une certaine lenteur au cœur du mouvement. Non pas la fin du changement, mais une certaine façon de ne plus forcer celui-ci au-delà de nos possibilités. Et l'on verra alors ressurgir ce que le « temps réel » masquait : ce qui se présente, ici, devant nous, provient *encore* du passé, et commence *déjà* à disparaître. Certes, tout passe – mais tout ne fait pas *que* passer. ■



la mise en place de systèmes de contrôles capables de suivre, de tracer, de traquer *tout ce qui bouge*. L'espace aboli par le « temps réel » fait retour sous la forme de flux déterritorialisés sous contrôle.

La conception du présent en termes de temps réel achève ainsi le rapport au temps qui s'est ouvert avec la modernité, où le présent importe bien plus que la tradition et le passé en ce qu'il désigne la possibilité d'un progrès futur. Mais comme l'avait noté Gehlen, le changement permanent a pour destin de devenir simple

Derniers ouvrages parus

Fantôme de la communauté absolue (L'Harmattan, 2002).

L'image hors-l'image (Leo Scheer, 2003)

Le travail social, entre progressisme et présentisme

L'ordre du temps de la modernité repose sur une dissociation très forte entre les attentes et les expériences¹. Contre le temps de la doctrine chrétienne des fins dernières et avec l'ouverture d'un nouvel horizon d'attente qu'on a fini par appeler au 18^e siècle le Progrès, le monde moderne acquiert l'une de ses principales caractéristiques : un monde devenu perfectible, aménageable, transformable. Un monde où l'objectif de perfection ne relève plus seulement de Dieu mais est mis au service de l'existence terrestre et entre les mains des hommes.

L'avenir change de visage : il est maintenant devant nous. La projection du regard vers l'avenir est immédiatement une élaboration critique du passé : le futur sera autre que le passé, c'est-à-dire meilleur : « Demain est un autre jour ». L'histoire est en marche vers l'humanité accomplie... On appellera ce rapport au temps le *progressisme*.

Avec l'accélération de ce monde de progrès, notre rapport au temps a été profondément reconfiguré. Les attentes ont été considérablement réduites : le futur s'affirme non plus comme promesse mais davantage comme menace dont nous sommes responsables. La thématique du risque tend à s'imposer avec la prévalence du principe de précaution, et notre anticipation problématique de l'avenir en est cantonnée à espérer un développement durable. Dans le même temps, le passé, dont on ne fait plus table rase, est reconsidéré : processus généralisé de patrimonialisation ; succès pour la généalogie ; attachement à l'activité de remémoration qui cherche à transformer le passé plutôt qu'à l'historicisation qui cherche à transformer le futur. On appellera ce rapport au temps le *présentisme*.²

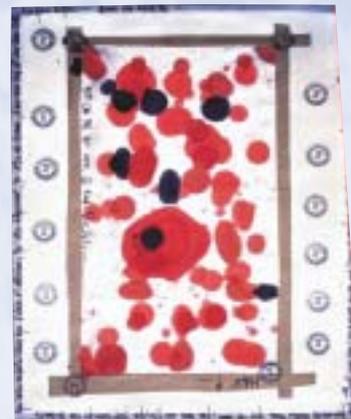
Le travail social est dans sa formation même traversé par ces deux ordres du temps. Cherchant à réduire le *déficit d'inté-*

gration dont souffrent les groupes ou les individus qu'il prend en charge, le travail social est irrémédiablement confronté à l'espérance d'un comblement du déficit ou au contraire renvoyé immanquablement aux conséquences douloureuses des mutations économiques et sociales qui engendrent ces déficits.

En effet et dans le premier cas, le travail social consiste à compenser le déficit d'intégration lequel est mesuré comme un manque. S'il s'agit d'un manque « individuel », on parle alors d'inadaptation, de déficience, de handicap. Et si l'on pense le collectif, on parlera de désertification (pour un territoire), ou de déstructuration (pour un groupe ou un milieu).

Une fois mesuré, le manque devient réparable, aménageable, transformable, en un mot perfectible ; s'ouvre alors l'horizon d'attente de la réparation, de la guérison, de l'adaptation, ou de l'insertion. En ce sens, le temps du travail social est fondé sur un rapport enchanté à l'avenir (espoir, promesse d'une progression) et s'accomplit à travers un corps de techniques d'essence psychopédagogique (un enfant suffisamment bon est un enfant *en progrès constant*). L'espoir du travailleur social rime avec la durée (« Il faut du temps au temps »), et la légitimité de son intervention repose sur l'intercession : c'est au nom de l'Etat social et de la croyance en un futur prometteur qu'il peut exercer avec raison et passion son métier.

A l'inverse et dans le second cas, le travail social, parce qu'il est d'abord confronté aux incertitudes de l'avenir, consiste davantage à sauvegarder la situation où se rencontrent aidants et aidés. L'urgence s'impose comme temps du travail social : il s'agit, à tout le moins, de rétablir le contact et au mieux, de maintenir l'existant. Temps du maintien ou de la sauvegarde, temps « présentiste » de l'accompagne-



ment davantage que temps « progressiste » de l'éducation. Les intervenants le disent très bien : « être présent au présent », « être sur place », non pas tant pour prévenir ou anticiper mais plutôt pour « réchauffer le monde », c'est-à-dire mettre immédiatement à disposition des personnes aidées un espace d'attention et de veille (il s'agit d'instaurer un monde de relations, lequel est justement pensé comme faisant défaut). Comme si le déficit d'intégration n'était plus à combler, mais seulement à reconnaître ; comme si le travail social n'était plus éducatif mais plutôt diplomate, au sens où sa mission tendrait vers la rencontre et l'écoute d'autrui davantage que vers le « travail sur autrui ». Les personnes aidées n'apparaissent plus sous l'espérance pédagogique de leur progression, mais comme des êtres considérés ici et maintenant à partir de leurs capacités relationnelles et dialogiques. Pour les éducateurs (au sens large du terme), l'attente s'est considérablement réduite, et bien souvent, les usagers n'ont que le récit de leurs expériences passées à offrir aux intervenants.

Le temps n'est donc plus à l'intercession, mais à l'interaction. Et c'est seulement la promesse que la rencontre se termine bien qui peut ouvrir sur une action en devenir.

C'est à ce prix de l'urgence recommencée que peut se reconstruire une attente... ■

Bertrand RAVON

Sociologue,
Maître de Conférence
Université Lumière
Lyon 2 -
CRESAL CNRS.

Bibliographie

¹ Reinhart Koselleck,
Le futur passé, Ed. de l'École
des hautes études
en sciences sociales, 1990

² Sur le présentisme,
voir François Hartog,
Régimes d'historicité,
Seuil, 2003.

Pour renouer la trame... à propos de la temporalité traumatique

Si on tente de repérer les points communs aux situations extrêmes diverses - événement de guerre, attentats, catastrophes - on en rencontre au moins deux :

L'un est constitué essentiellement par le danger potentiel, le risque pour la personne, quant à sa vie, quant à l'atteinte ou menace à son intégrité physique ou psychique.

L'autre point commun, c'est la mise hors circuit de la temporalité. Le propre du traumatisme est en effet d'être vécu dans l'instant.

Par l'afflux d'excitation qu'il déclenche chez le sujet, l'évènement traumatique va déborder le seuil de tolérance de son appareil psychique, c'est en quelque sorte un élément désorganisateur.

Comme l'a bien montré Ferenczi, la lutte du sujet, usant de toutes ses stratégies défensives, va consister à éviter l'implosion psychique.

Toutes les observations cliniques ont mis l'accent sur l'état de sidération qu'entraîne l'évènement traumatique qui peut être compris comme le signe d'une confusion entre la réalité psychique et la réalité externe.

Cet état de stupeur perplexe a été rapporté par de nombreux enfants qui ont survécu aux massacres collectifs. Ils ont bien décrit cette sorte d'incertitude et de doute quant à leur perception accompagnée d'une certaine fascination « comme devant un film d'horreur ».

On comprend qu'il nous ait paru nécessaire de répondre à la demande exprimée par ces enfants d'être pris en entretiens individuels. C'était la seule façon de les aider à restructurer ce qui a été désorganisé dans le continuum temps et intégrer l'évènement traumatique dans leur histoire individuelle.

Ce qui a été également bien objectivé par cette expérience clinique, c'est la désintringation des liens qui tissent le réel, l'imaginaire et le symbolique.

En effet, le traumatisme a comme caractéristique de figer le sujet dans le réel, de créer ainsi une sidération psychique. Cette inhibition de la pensée empêche l'accès à un signifiant pouvant être lié à un réseau de significations.

C'est dire que l'ordre du symbolique est hors circuit.

Mais dans le même temps, l'ordre de l'imaginaire lui-même, en l'absence d'étayages sur le symbolique, se retrouve comme désarrimé et ne fait que répéter à l'identique le réel (cauchemars, reviviscences, feed-back de scènes réelles vécues avec tous les détails perçus par les sens, odeur, bruits, visions, etc.)

Quand on dit d'un événement traumatique qu'il est inimaginable (comme les massacres intégristes en Algérie), c'est parce qu'il appartient exclusivement au monde du réel, qu'il n'entre pas dans l'imaginaire de notre monde intérieur.

Par ailleurs il est également inouï, non prévu, non connu comme signifiant possible, il échappe donc aussi au monde symbolique.

C'est pourquoi l'éprouvé traumatique est d'ordre strictement émotionnel. Le sujet est livré à un affect sans représentation possible, c'est ce que Freud désigne par l'effroi.

On comprend dès lors l'intérêt, en situation traumatique de travailler sur tout ce qui peut permettre l'accès au symbolique et la relance de l'imaginaire intérieur du sujet.

En offrant à l'enfant un espace de parole et de narration, le thérapeute lui permet une mise à distance et aussi un partage de l'expérience thérapeutique, ce qui permet de réintroduire la temporalité et donc de transformer les reviviscences hallucinées, en remémorations maîtrisées.

La prise en compte des failles dans la temporalité qu'induit le traumatisme a été le déterminant du choix de la démarche thérapeutique qui passe par des entretiens individuels pour aider à la mémorisation de l'avant traumatisme.

C'est ce qui s'est passé, par exemple, avec le petit Khalil.

Cet enfant de 12 ans a été adressé au service par un pédiatre du secteur sanitaire pour des pertes de connaissances apparues 40 jours après la nuit du drame où il a vu toute sa famille égorgée devant lui (le quarantième jour marque la fin du deuil par une cérémonie rituelle).

(suite page 8)

Houria CHAFAÏ-SALHI

Chef de service de
Pédopsychiatrie,
CHU Frantz Fanon,
Blida (Algérie).

Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui.
E. LEVINAS



Temps précaire et intermittents du social

Henri PELTIER

Directeur de l'Association Martine Bernard à Lille, Vice-Président de l'Association Régionale de la FNARS Nord-Pas-de-Calais

J'ai du mal à comprendre la transposition qui s'est produite peu à peu, avec un glissement qui posait déjà problème quand il a débuté parce qu'il annonçait ce qui se produit maintenant : l'urgence sociale s'installe comme un état de fait ; ce qui était imprévisible est traité comme si on pouvait prévoir l'imprévisible. Le propre d'une situation imprévue est qu'on ne l'a pas vu venir : il nous faut alors réagir en urgence pour éviter une aggravation de la situation, et intervenir très vite dans ce moment d'urgence.

En 1984/85, l'augmentation du nombre de ceux qu'on appelait les « nouveaux pauvres » conjuguée avec les grands froids a amené les pouvoirs publics à initier les plans « pauvreté/ précarité ». On n'avait pas pu prévoir, on a réagi dans l'urgence. C'est bien. C'est alors qu'ont été créés les centres d'accueil d'urgence ouverts seulement pendant l'hiver.

En 1994/95, l'augmentation du nombre des personnes en situation d'exclusion a nécessité la création des SAMU sociaux. Faute de prévoir la mise en forme de réponses structurées pour éradiquer le phénomène d'exclusion, il était urgent d'organiser l'urgence. C'est en effet indispensable sur le plan humanitaire tant qu'on ne sait pas prévoir mieux. Parce qu'on ne sait toujours pas prévoir, il faut organiser ce qu'on ne sait pas prévoir.

Dans la droite ligne de cette dérive, en 2004, on en vient naturellement à organiser plusieurs niveaux d'urgence : les « niveau 1 », « niveau 2 », « niveau 3 ».

Je me pose donc la question de savoir à quel niveau de prise en charge de la détresse nous allons arriver en 2014 : le niveau 10 ou 11 ?

Il faut savoir que chaque hiver, des centres d'accueil d'urgence sont ouverts pour quelques

mois, encadrés par des équipes qu'il faut chaque fois reconstituer, en remontant chaque fois la pierre en haut de la montagne. Nous nous devons de le faire, malgré tout, parce qu'on ne peut pas laisser les personnes et les familles dans la rue.

Nous constatons cependant un retour progressif vers la prise en charge en asile comme au 17^e



ou au 18^e siècle. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, le souvenir du centre de Sangatte est cuisant.

La tentation est grande, pour des raisons d'économie, de regrouper les personnes en difficultés. Nous savons pourtant que ces regroupements sont à la limite de l'humain. Nous en voyons partout les conséquences.

Les personnes accompagnées (prises en charge ?) ne comprennent pas vraiment ce qui leur arrive. On demande à quelqu'un d'élaborer un projet individualisé alors que son horizon est réduit à l'heure qui vient ou au jour même.

Si quelqu'un a faim, il pense au moment et au lieu où il va pouvoir manger.

Comment penser à sa santé quand on n'a pas de lit où poser son corps pour le reposer ou le soigner ?

Celui qui est dépendant du produit qu'il n'a pas est obnubilé

par la recherche immédiate du produit.

Par contre, le temps administratif n'est pas sur le même registre : les ressources liées au RMI viendront après un délai d'instruction de trois mois...

Les associations sont ainsi confrontées à l'impossible création de structures qu'il faut avoir ouvert la veille du jour où elles sont financées, souvent sans que les crédits de fonctionnement soient arrivés, dans des locaux provisoires qu'il faut aménager en catastrophe, avec des personnels d'autant plus compétents que les personnes en situation difficile sont dégradées moralement, mentalement, physiquement, socialement. Ces personnels doivent accepter de ne travailler que quelques mois dans l'année. Ce sont des perles rares, ces intermittents du social.

Ceci nous amène à constater que le temps n'est pas le même pour tout le monde :

- L'Etat pense que le fait de décider d'une mesure ou d'un dispositif est suffisant pour que ce dispositif existe et soit opérationnel.

- L'administration de l'Etat pense que la convention signée avec un opérateur est suffisante pour que les factures liées à l'activité soient payées et que les personnels soient rémunérés.

- Les associations demandent une continuité dans l'action, ne serait-ce que pour constituer les équipes compétentes qui puissent faire face, ne serait-ce que pour mettre ou maintenir les lieux d'accueil en conformité et en sécurité.

On ne peut pas vivre hors du temps.

(Début de commencement de réflexion sur le temps) ■

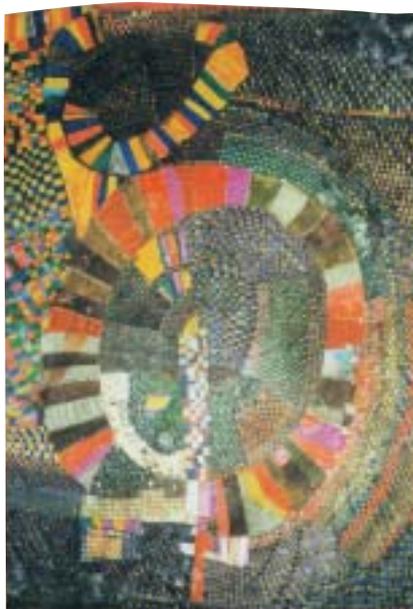
* Circulaire de Dominique Versini, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, fixant les objectifs 2003-2004 du Dispositif national « Urgence sociale et Insertion » (Plan d'urgence hivernale).

Prévention : du temps et de la confiance

Les formes habituelles de l'intervention sociale cadrées par un accompagnement nominatif et un temps de prise en charge ne font plus sens. Le « travail de rue », présence fréquente et régulière, aux moments et lieux où les jeunes ont l'habitude de se retrouver (square, place, salle de jeux, café, en bas de certains immeubles...) permet d'aller à la rencontre et d'amorcer une relation avec des jeunes en difficulté, de tisser et de maintenir un lien social avec les populations en risque de marginalisation, de comprendre les itinéraires et les habitudes des jeunes et d'observer et évaluer les besoins, les potentialités du public visé et d'échanger sur ces observations avec les partenaires.

Marie-Claire FILLOT
Cadre socio éducatif,
Hôpitaux de St Maurice.

Nejib GUERBAA
Educateur en formation,
Institut du Travail Social
(IRTS) de Montrouge.



Bibliographie

¹ Thierry Goguel d'Allondans
« Anthro-logiques
d'un travailleur social »
Ed Teraedre, nov. 2003

La rue, souvent lieu de galère pour les jeunes, est paradoxalement un lieu, un temps de travail pour l'éducateur. Ce temps permet d'aller à la rencontre, d'amorcer une relation avec des jeunes en difficultés. Le travail de rue consiste quotidiennement à faire un circuit régulier, travail informel qui se résume à *être là*. Trouver un sens à ce travail n'est pas évident de prime abord. Faire un travail informel dans la rue n'est pas facile et nécessite un échange, un décryptage avec un professionnel de la supervision.

De cette position être là qui peut parfois s'inscrire sur plusieurs semaines ou mois, l'éducateur va proposer une structuration plus collective de son intervention. A travers une relation de confiance avec le groupe qui accepte et inclut les éducateurs dans son propre rythme, il peut être proposé des *temps collectifs*. Ces propositions sont, soit d'organiser par exemple des confrontations sportives, soit d'aider à la réalisation comme pour les séjours autonomes qui permettent de travailler avec ces moments collectifs prédéterminés et acceptés. Les jeunes acceptent plus facilement le groupe comme support plus rassurant pour eux qu'une relation individuelle.

Pour l'éducateur, ce temps en groupe permet d'établir des dialogues plus personnalisés avec les jeunes, d'établir une relation de confiance avec eux. Lorsqu'un contact est établi, les premières demandes individuelles peuvent prendre des formes variées et parfois peu adaptées à la situation. Un des thèmes récurrent est ce que l'on peut appeler une demande convenue pour des jeunes hors du système scolaire et des éducateurs qui sont là pour insérer.

La démarche devient volontaire pour ces jeunes pour aller vers l'éducateur qui se rend disponible dans leur milieu habituel. L'éducateur va alors reprendre une forme d'intervention plus classique en structurant une prise en charge individuelle, *le temps individuel*, autour de rendez-vous, démarches, accompagnements articulés avec le réseau d'intervention local.

Les notions de temps et de confiance sont nécessaires à la mise en place de toute action éducative. Cette approche particulière, hors des méthodes habituelles d'interventions des travailleurs sociaux, souligne la limite des institutions classiques. L'intervention de prévention spécialisée s'appuie sur des actions collectives et individuelles. L'objectif est de permettre aux jeunes de s'organiser, de

construire des projets. Ces actions sont des supports à la relation éducative. En accompagnant la personne dans son cheminement personnel, l'éducateur veille à développer les motivations susceptibles d'inspirer une projection dans le temps, de favoriser la concrétisation et enfin la réalisation de ses projets (famille, travail, formation...). Tous ces moments scandent le temps de la vie de l'association, du travail des éducateurs mais aussi celui des jeunes.

« Or, l'enjeu non du travail social¹, mais de sa substance la relation éducative, c'est justement d'accompagner des passages, en osant une temporalité vécue ». « Or, l'envers du projet d'un travail social, ou ce qui le constitue, demeure le quotidien ; pas exclusivement ce qui le remplit (les tâches, les rythmes, les lieux...), mais surtout ce qui le rend essentiel : une certaine manière d'habiter. On pourrait dire qu'il s'agit là de l'étoffe de l'éducateur, c'est à dire sa capacité à créer de l'accroche, mais aussi à appréhender l'imprévu, pour être là où on ne l'attendait pas forcément ».

La prévention spécialisée a évolué et évolue encore en fonction des représentations sociales du phénomène jeunesse. Cette évolution est en lien avec le contexte politique économique et social, contexte particulièrement difficile actuellement.

La prévention s'adresse en particulier aux jeunes les plus marginalisés. Le temps des jeunes en rupture est donc dilué, sans repère de rythme dans la journée et se réduit au lever-coucher en parallèle à un décrochage des temps sociaux, la famille, l'école, la formation professionnelle ou le travail...

C'est l'éducateur qui va inclure le temps comme outil de son intervention. Le temps de l'éducateur s'articule entre des moments différents qui vont de l'informel (travail de rue) au formel (les rendez vous individuel) du collectif (les activités) à l'individuel (la prise en charge). ■

Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique

Michel AUTÈS

Sociologue
CNRS/CLERSE/IFRESI,
Université de Lille 1.

Le rapport à soi comme le rapport à l'autre sont des constructions sociales. La pensée post-moderne fait de l'injonction à être soi-même un puissant modèle culturel. Cette célébration compulsive d'un temps où les individus seraient enfin devenus libres, dégagés des contraintes et des déterminismes liés à leurs appartenances culturelles et sociales, comporte une grimaçante face d'ombre.

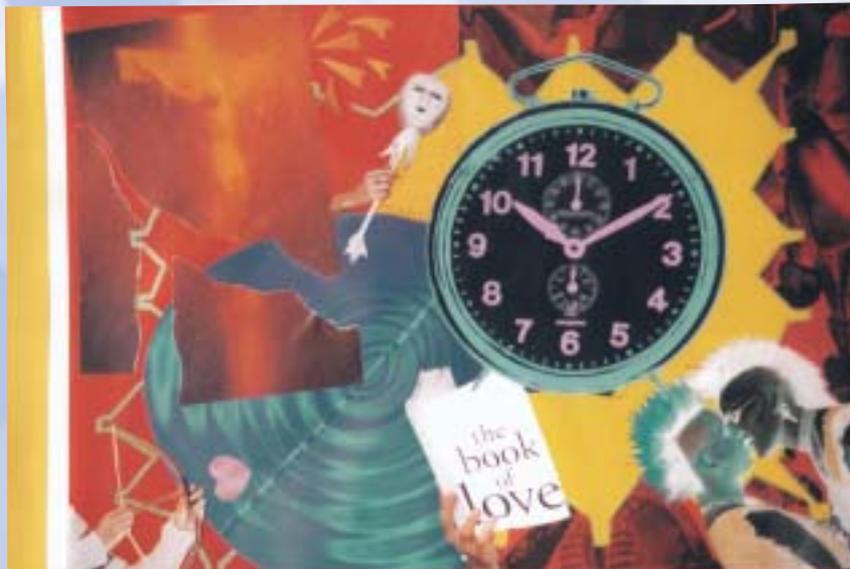
L'époque n'est pas tendre pour ceux qui échouent devant cette injonction à réussir : ils ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes pour interpréter et vivre leur échec. Cet échec est le leur. Point question d'invoquer une quelconque injustice inscrite dans les rapports sociaux, dans l'inégale distribution des richesses et des opportunités, ou dans les mécanismes de domination résultant des logiques de pouvoir. Une société des individus libres comporte inéluctablement une destruction des subjectivités de ceux qui n'y trouvent plus leur place.

Dans les prises en charge sociales ou sanitaires dans le soin psychique, cette transformation des modes de subjectivation, c'est-à-dire des modes sociaux d'être soi et de construire des rapports avec les autres, produit des conséquences qu'il convient de mieux appréhender.

Prenons le thème de l'urgence. Il s'est imposé dans le paysage tant des représentations de l'action que des pratiques des intervenants. Le thème est cousin de celui des droits de l'homme et des logiques humanitaires qui se substituent sur le plan politique à la construction du vivre ensemble dans la production d'un monde commun. Or que nous disent les professionnels

de l'urgence ? Deux choses : d'abord que pour approcher un sujet en grande difficulté, il faut prendre son temps, il faut de la délicatesse pour approcher ceux dont la subjectivité mise à mal fait qu'ils ont perdu toute confiance non seulement en eux-mêmes, mais aussi en autrui. Ils nous disent ensuite que les situations qualifiées d'urgentes, ou réclamant une intervention dans l'urgence, sont des situations qui se sont installées depuis longtemps. Ce qui fait l'urgence d'une situation, souvent une urgence vitale, c'est un long processus de désagrégation qui s'est installé de longue date. C'est donc la défaillance de nos

Aider l'autre suppose de prendre son temps, et même, qui plus est, de vivre dans le même temps et dans le même monde. Or c'est cela qui fait problème aujourd'hui. Aider l'autre suppose d'avoir quelque chose en commun avec lui. Quelque chose qui est de l'ordre d'un monde commun et non seulement de l'appartenance commune à la même espèce. Bien des sociologues lèvent aujourd'hui les bras au ciel lorsqu'on parle d'intégration, et, encore plus de socialisation. Foin de ces vieilles lunes posées comme autant d'obstacles à la liberté individuelle, à l'autonomie de chacun choisissant sa vie dans l'indifférence à



systèmes de prise en charge que met en exergue l'urgence. C'est le défaut de fraternité en amont qui crée la situation où c'est la vie de l'autre qui est en danger.

Faisons la comparaison avec l'humanitaire dans les rapports internationaux, et l'on verra la même logique à l'œuvre : absence de régulation politique des conflits, égoïsme des nantis, ordre politique laissé aux rapports de force, libération des haines recuites, déchaînement de la violence sur fond de désespoir et d'absence de perspective pour le vivre ensemble. L'autre enseignement des impasses de l'urgence, c'est la rencontre du temps.

autrui. L'urgence s'oppose à l'accompagnement.

Deux modèles de l'aide à autrui se font concurrence sans se nommer. L'un, en perte de vitesse, qui s'appuie sur l'idéal républicain de l'assistance : « les secours publics sont une dette sacrée » énonce la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. C'est au nom de notre commune appartenance à un destin historique commun que sont dus les secours. Au nom de ce que j'ai en commun avec l'autre, ma responsabilité est engagée dans sa situation. Je suis responsable d'autrui au nom de ce qui nous lie, au

Intégration ou insertion : deux régimes de subjectivation dans le soin psychique (suite)

nom de la fraternité qui est une construction politique et non un réflexe humanitaire. Ce modèle est celui de l'Etat social qui s'est appuyé sur des appareils puissants d'éducation (l'école obligatoire), de protection (la sécurité sociale) et de droits (droit du travail, droit à l'assistance). Ce sont ces appareils qui justement ont permis l'essor de l'individu contemporain libre et détaché de ses appartenances. L'individu contemporain est le produit de ces institutions, au nom desquelles il peut revendiquer sa liberté avec sa solitude. La question de savoir s'il peut exister sans elles est aujourd'hui posée.

Tout autre, en effet, est le modèle qu'on trouve dans l'urgence ou la logique de service. La dette change de camp. Ce n'est plus la dette de la

société envers le « citoyen malheureux », comme le dit la même Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793.

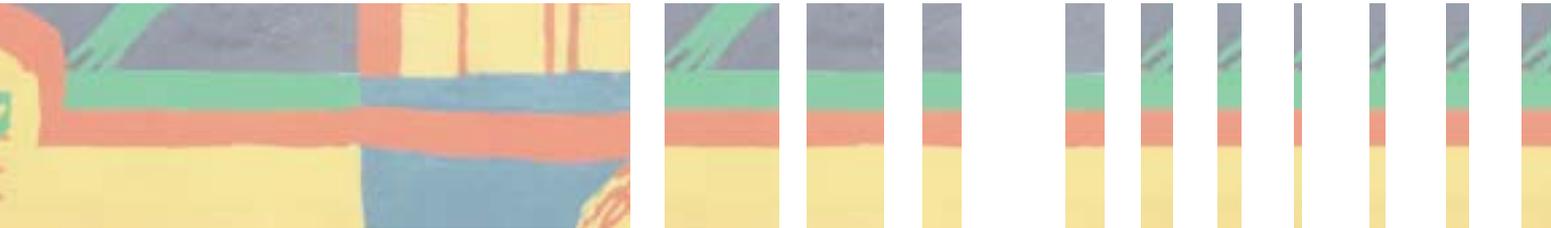
La dette est désormais inscrite au compte des sujets : à eux de faire la preuve de leur volonté de s'insérer dans la société, de leur capacité à faire des efforts, à payer de leur personne, bref, à entrer dans des logiques de contrepartie. Finie la dette, reste le contrat. Haro sur l'assistance, vive l'insertion. Seule demeure la responsabilité de celui qui a échoué, qui a si mal usé de la liberté qui lui a été si généreusement offerte.

Nul doute que cette nouvelle situation provoque des catastrophes subjectives tout à fait spécifiques. Le modèle culturel de l'injonction à être soi à un coût subjectif énorme.

L'Etat social proposait sa bienveillance. Elle pouvait quelquefois se trouver pesante, dès lors qu'elle se bureaucratisait. Aujourd'hui reste la compassion. Non pas celle qui est fraternelle, mais celle qui est d'abord égoïste, qui repose sur le calcul de ceux qui, comme chez Rawls*, se disent que s'ils occupaient les places sociales les moins enviables, ils souhaiteraient au moins qu'elles soient les meilleures possibles.

La question de savoir si on peut aider l'autre, ou le soigner, ou l'éduquer, sans autre commune humanité que notre appartenance à la même espèce est aujourd'hui posée. Dans ce défi, on rencontrera à nouveau frais l'incalculable réalité symbolique de la subjectivité humaine, soit l'impossibilité d'être soi-même sans les autres. ■

* John Rawls, Philosophe
Professeur émérite à l'université de Harvard. Auteur de « *Théorie de la justice* » (Seuil, 1987)
« *Justice et démocratie* » (Seuil, 1993) et « *Libéralisme politique* » (PUF, 1997)



Pour renouer la trame... à propos de la temporalité traumatique (suite)

Si on reconstruit, d'après le discours de l'enfant, le temps du trauma, on retrouve un état voisin de la stupeur qui s'est mué dans les jours suivants en un état de détachement et d'indifférence, perçu comme insolite et inquiétant par la famille qui nous l'a relaté.

C'est comme si sa personnalité s'était dédoublée en un "Khalil douloureux et un Khalil froid et insensible".

C'est donc le clivage qui a opéré à l'instant du trauma le sauvegardant peut être de la décompensation psychotique.

Le processus de métabolisation du trauma a duré quelques mois, passant par un temps de régression (qui nous paraît un temps utile et de bon aloi), un temps de reconstruction des souvenirs traumatiques où il apprend peu à peu à "enrober" les reviviscen-

ces de scènes terrifiantes avec de bons souvenirs du passé et à se projeter dans l'avenir.

On pense à la phrase de Musset « un souvenir heureux en des temps de malheur, est peut être plus vrai que le bonheur ».

Le symptôme, lui, a disparu dès que Khalil a fait le lien entre la perte de connaissance de son père à l'intrusion des terroristes dans la maison et ses propres pertes de connaissance.

Le père n'avait-il pas indiqué par là, au fils, la voie d'une moindre souffrance?

« L'efficacité » traumatogène de l'événement ne se situe pas uniquement dans l'ordre d'un réel quantifiable il implique d'autres facteurs intrinsèques en résonance avec l'histoire personnelle de l'enfant et celle du groupe.

C'est dire que l'impact du traumatisme et les possibilités optimales de sa gestion dans un cadre et une relation thérapeutiques sont tributaires d'un certain nombre de facteurs concomitants :

- La qualité narcissique d'estime de soi de l'enfant
- La valeur de son ancrage identitaire
- L'efficacité du « holding » familial et plus généralement des ressources mobilisées par le corps social qui l'environne, en réponse à la situation traumatique.

C'est dire donc pour conclure, l'intérêt d'une prise en compte de la temporalité dans la démarche d'accompagnement des enfants traumatisés. ■

La dictature de l'urgence

Si le temps de la justice a longtemps été associé à la permanence des règles produites et perpétuées par le droit, aujourd'hui il semble que les enjeux se rattachant à l'insécurité urbaine et ceux liés à la politique d'accès aux droits des plus démunis, ont peu à peu contaminé cette temporalité.

L'exaspération devant l'impunité des actes incivils comme le sentiment d'injustice découlant des inégalités sociales ont généré une impatience à rendre justice et un besoin de reconnaissance plus affirmé des droits de chacun dans la vie quotidienne.

Le développement de l'accès au droit n'a pas seulement contribué à l'émergence de la figure victimaire, il a, de ce fait, fragilisé la stabilité temporelle de la justice en confrontant cette dimension juridique du temps inscrite dans la permanence à une conception du droit reposant sur l'urgence sociale. La conséquence la plus aiguë de l'omniprésence de l'urgence dans les permanences d'accès au droit porte sur l'effacement progressif de l'expérience de l'attente.

Le jeune qui vient d'être expulsé de son logement, celui qui s'est vu signifier de manière abusive la fin de son contrat de travail (le plus souvent précaire), le parent qui s'inquiète pour son enfant à la veille des vacances scolaires, à tort ou à raison, des conditions de déroulement du droit de visite et d'hébergement exercé par l'autre parent, l'étranger mineur cherchant une protection, ou encore l'étranger majeur invité à quitter le territoire, représentent autant de situations qui nous plongent dans les contraintes du temps.

La puissance d'une exigence à répondre à l'immédiateté de la souffrance sociale force à réduire la distance entre la réflexion et l'action. La logique de l'action immédiate conditionne la logique d'écoute de compréhension et d'interprétation

d'une réalité humaine où se jouent l'inquiétude, la colère, la violence et le conflit. Autant de signes qui tracent les contours de crises synonymes de moments de vérité qui appellent leur nécessaire dénouement. C'est dire à quel point les motifs de la crise se sont multipliés en affectant de nouveaux espaces professionnels.

Ici et là, une même réalité : la crise ne souffre pas d'attendre. Elle exige une sentence, une réponse à son appel. Pour l'utilisateur, il s'agit de se situer entre ce qui peut se parler et ce qui peut s'agir juridiquement et pour le juriste de se confronter à la trame existentielle du sujet de droit. Par delà, la singularité de sa technique, l'accès au droit pose toujours l'impératif de son espace qui est à la fois social, économique et symbolique. Dès lors, accompagner juridiquement, c'est offrir une « assistance » qui ne doit pas être entendue dans une démarche de substitution du souci de l'autre en lui ôtant ce dont il se préoccupe. L'assistance juridique doit se construire dans une acceptation de restitution de la préoccupation de l'autre, c'est-à-dire, nous dit Heidegger, « l'aider à se rendre lucide dans son souci et à devenir libre pour celui-ci ».

Or, quand le temps de l'écoute et le temps de l'action ne font plus qu'un dans une sorte de magma temporel de l'urgence, toute distance symbolique est abolie.

L'invasion de l'urgence au nom de l'efficacité de l'action, finit ainsi par produire un effacement de la contrainte. Plus les contraintes sociales, économiques, juridiques et psychiques s'exacerbent dans le corps social, plus l'urgence s'érige en discours et en ressources du politique évacuant ainsi tout espace symbolique capable de délivrer de la contrainte immédiate.

De quoi se nourrit cette dictature de l'urgence ?

Sans doute de la crise du projet politique qui renvoie à la difficulté de tenir ensemble, une difficulté provoquée par l'atomisation du collectif.

Quand la temporalité du bien commun renvoie à la permanence de « l'être ensemble », la temporalité de l'urgence nourrit sa dynamique sur la logique individuelle en s'enfermant dans la captation égoïste des droits d'un « JE » de plus en plus extérieur au corps du « nous ».

Une relation n'est pensable que sur le fond d'un horizon commun qui préserve le temps propre à chaque sujet.

La soumission à l'urgence, par la responsabilité que celle-ci impose à l'événement de la réponse, exige un mode de résistance qui passe par une réappropriation du temps. Celle-ci oblige à un retour sur le sens des termes, répondre, réponse et responsabilité, tant dans la relation à l'autre que dans le projet politique. ■



Youcef BOUDJEMAI

Directeur du Service
Droit des Jeunes
(ADNSEA)
et du Dispositif Régional
d'Information aux Jeunes
Etrangers - Lille

Rester vivant

Dans les années 2002 et 2003, chacun a vécu un accroissement de la demande de soins. Pourtant, on est témoin (victime ?) d'un essai de mise en œuvre de redéploiements, alternatives et pilotage, séances de travail, réseaux, régulation et instances, CA, CNAM, CME, CTE, CHSCT, CLIN, COPIL, COTOREP, ANDEM, ANAES, PMSI, DRASS, DDASS, ARH, DGAS, HCSP, IVS, CROS, CDOS, CREM, ARTT, RSS, EPAS*...

Guy ARDIET

Psychiatre,
Unité d'Evaluation
et de Recherche sur les
Thérapies
Médicamenteuses
(UERTM),
CH St Jean de Dieu,
Lyon

Mon idée était de recevoir des personnes allant mal, mais rapidement, sans leur dire "revenez dans deux mois, on y verra plus clair". Dans ce projet, des entretiens hebdomadaires d'environ une heure furent définis, généralement pour 10 à 15 semaines. Le patient savait qu'on aurait, "dans ce temps là", tenté de guérir ou stabiliser les symptômes gênants. C'était sa demande... Quand on est souffrant, c'est maintenant qu'on a besoin, surtout lorsqu'on est demandeur d'asile.

Pourquoi donc quittent-ils leur pays ? (Où, il est vrai, on risque de se réveiller éborgné, enlevé, tabassé ou dans l'ordre inverse...)

Ces personnes rencontrées m'ont fait vivre des notions du temps, autres :

- 1 nuit : le temps pour voir toutes ses affaires volées, quand on vit dans la rue
- 8 jours : le temps (environ) en centre de rétention pour reconduite à la frontière
- 1 mois : durée pour quitter le territoire en cas de refus du statut, le recours n'étant pas ici suspensif d'exécution de la décision
- 18 mois : durée moyenne d'obtention du statut de réfugié
- 10 ans : le temps de voir diminuer maux de têtes, vertiges, nausées, insomnie, crises d'angoisse, réveils multiples en sueur, cauchemars, moments de dépersonnalisation, honte et désespérance (ça ne vous rappelle rien ?)**
- ? ans : c'est le temps, environ, mais cela peut être bien

plus long, la sociologie le dira, pour que diminue la croyance, dans le monde, que la France est toujours une terre d'asile - une vie : c'est le temps pour une femme ou un homme d'avoir une vie qui lui apporte logement, nourriture, habillement, vie sociale, culture, et un « SENS » à sa vie. Sinon, le sens sera celui de la mort possible ... où sa vie (et pour lui celle des autres) sera peut-être subordonnée à une idéologie. Qui que je sois, médecin ou policier, quand je rejette l'autre, quand j'en fais un exclus, je lui donne la route à suivre pour adhérer à une théorie de vie sans vie, qui peut être extrémisme.

Pour les personnes rencontrées en situation de "migration de survie", elles ont vécu l'espoir, l'angoisse, les déceptions, et pourtant elles gardent l'espérance. Le temps est court, rendez-vous dans une semaine, si vous êtes encore en France.

Et il existe toujours, incroyablement, cette espérance en un lendemain possible et meilleur ...

Notre temps de rencontre est alors court, quelques semaines, quelques mois. Cela recrée une humanité authentique, où serait bien inutile la langue de bois. Une fois réalisé le retour forcé au pays, que s'est-il passé, dans ces trois à dix entretiens ?

Le premier rendez-vous, parfois le deuxième, va débiter par une connaissance réciproque, y compris par la définition de la langue utilisable (anglais si on peut, allemand pour les pays de l'Est, un traducteur d'autres fois, parfois pas de langue commune).

Ensuite, deux temps de rencontres sont construits : l'un autour de la culture de la personne, de nos différences de vision du monde ; comment on dit sa tristesse, sa souffrance, comment cela se gère la vie là d'où on vient, là où on est ; la proposition de parler de son pays, et, pour la personne en exil, assez souvent "des" pays

où elle a vécu. L'arrivée en France est précédée d'un exode, passant en effet par plusieurs pays, plusieurs traumatismes.

Un lien se tisse, avec le temps de réintroduire les symptômes, physiques (céphalées, douleurs dorsales, abdominales,...), psychiques (dépressions, insomnies, cauchemars,...). Un peu plus tard seulement, on en viendra - et pas toujours - à ce qui a été vécu de violences et d'humiliations. Entretiens parfois en individuel, parfois en couple, c'est la personne qui choisit.

Un symptôme très fréquent est noté, qu'on pourrait appeler une "absence psychique" : la personne se retrouve hébétée, pendant une heure ou deux, là où elle se trouvait (chez elle, en ville, dans un lieu public), ne sachant plus depuis quand elle est là, ne sachant plus ce qu'elle avait prévu de faire. Cela ressemble, dans son début et sa fin, aux absences épileptiques. Enfin, il semble que cela soit plus fréquent chez ceux qui ont été malmenés ou ayant subi des pressions psychologiques graves.

On arrive à partager, dans l'investissement de ces temps de soins (l'entretien dure facilement plus d'une heure), le vécu du temps comme très court et très fragile. Ainsi, cette jeune femme de 26 ans, qui hier me disait : "c'est étrange, depuis 6 ans, de vivre toujours en ne sachant pas où on sera le mois suivant". Entre 16 et 20 ans, elle est passée dans quatre pays différents, ayant vu sa vie plusieurs fois en danger...

On comprend alors que le temps passé ici, c'est autant de temps pour les parents, et surtout pour leurs enfants, qui permet la certitude que demain lundi, ou le jour d'après, ou peut être même dans huit jours, ils seront encore vivants. ■

* Echantillon Permanent des Assurés Sociaux

** cf Syndrome d'exclusion, J. Maisondieu

Le temps d'éprouver la densité du temps* ...

Olivier DOUVILLE

Psychanalyste
et anthropologue,
Directeur de publication
de *Psychologie Clinique*,
Maître de conférences en
psychologie - Université
Paris X - Nanterre.

La réalité des temps qui passent et des temps que l'on anticipe, dans les dispositifs d'accueil, d'orientation, ou même de soin, est fort complexe et elle obéit à des logiques plurielles qui entrent parfois en contradiction les unes avec les autres. Les volontés de réparation immédiate de la personne lésée, de la personne démunie tenue à ce niveau très pauvrement élaboré de la réflexion et de l'action pour une "victime", font mettre en œuvre une machinerie temporelle simple, pour ne pas dire simpliste.

Il faudra, au plus tôt et au plus vite compléter ce qui manque par du don et par du projet. On mesure encore mal l'aspect peu réaliste de cette volonté de remise en état, et l'on se rend encore plus malaisément compte de l'énormité de la demande que fait peser sur autrui la hâte à faire son bien.

Des expériences régulières d'accueil et de prise en charge de personnes très exclues amènent rapidement à tempérer cette ardeur à restituer à autrui les fonctions sociales auxquelles il s'est désabonné, en raison il est vrai, de la cruauté de certaines situations économiques et sociales. Bref, décréter une stratégie de soin sur le modèle d'une situation d'urgence psychosociale suppose toujours le sujet "victime" en tant qu'il serait intégralement fabriqué par des processus d'exclusion, ce qui n'est pas faux, mais négligeant de prendre en compte les facteurs d'auto exclusion.

Or, les plus exclus des sujets n'adhèrent pas, loin s'en faut, aux projets de réinsertion ou de réparation qu'on échafaude pour eux. Non qu'ils manifestent tant que cela une objection sthénique et décidée, mais bien davantage car les anticipations charitables et énergiques que nous établissons pour leur plus grand bien ne semblent les concerner en rien.

Et nous voilà, nous soignants, le plus souvent en prise à une vive déception.



À l'inverse, dans une autre saisie des urgences du moment et des temporalités du psychisme, certains dispositifs d'accueil et de soin misent, eux, sur un "non-faire", un "non-agir", un point d'accueil hors du temps et de ses contraintes est alors tenu pour le lieu par excellence au sein duquel devraient s'abriter les errants, les exclus et ceux qui s'en occupent. Un isolat utopique et coupé du Monde.

Comment comprendre ces disparités de positionnement des uns et des autres par rapport au temps qui passe dans toutes les formes de prise en charge, sans doute pas des plus efficaces dès que le moment de l'urgence ou, qu'à l'inverse, le temps du suspend saturent tout rapport de l'institution soignante au temps qui passe ? On peut maintenant entendre que mettre en suspend des préconisations centrées sur les programmes de réinsertion menés au pas de course, est un choix qui peut déboucher sur une vraie anticipation accompagnée, respectueuse des temporalités

singulières. Il est exact de souligner qu'entre la hâte intempestive et stérile et la déréliction la plus contemplative, des moyens termes peuvent exister, consister et durer. Sur quelles représentations en partage et en construction de l'espace et du temps miser ? Quelles répétitions contrarier, quelles autres accepter, quelles surprises, enfin, accueillir ?

Partons de ce constat : des patients en très grande précarité vont avoir un rapport très archaïque et parfois violent au cadre que nous leur offrons.

Il convient de situer comment des êtres humains en grande exclusion ne viennent pas à nous sans rien. En effet, ils fabriquent encore des montages entre leur corps et l'espace, se lovent au cœur de dispositifs topologiques pour lesquels seul compte le territoire rétréci mais hyper émotionnel et signifiant qui est, en quelque sorte, leur peau psychogéographique irréductible. Ce que portent avec eux de jeunes errants ou de grands exclus c'est toute une

* Je croiserai dans cet article une part de mon travail dans un centre psychiatrique de soin qui prend de temps à autre en charge des grands errants avec mon expérience africaine de mise en place de centre d'accueil et d'orientation pour enfants et adolescents errants.

Le temps d'éprouver la densité du temps... (suite)

part de la destruction de la cité, de cet espace de la cité qui est aussi comme un groupe interne, une communauté interne.

Une réaction paradoxale et fréquente de certains grands exclus aidera à y voir plus clair. Nous avons relevé que le sujet une fois accueilli, hébergé et écouté, rendu à un semblant de dignité, peut réagir par de vives colères. Or nous avons voulu par nos stratégies de soin, en reconstituant un peu de dignité corporelle, provoquer le sujet à retrouver une possibilité de s'inscrire à nouveau dans la communauté. Autant dire néanmoins que jamais ce sentiment d'appartenance à la communauté ne s'est véritablement constitué chez lui pour la longue durée, comme si la dimension de la réciprocité lui avait trop tôt été arrachée. Or, c'est souvent, une fois la honte bue - parfois à pleines gorgées, à plein goulot - à une clinique de la haine que nous avons à

faire. Rappelons toutefois qu'un tel affect (honte ou haine), à la différence d'une émotion, est inséré dans une structure, et qu'il renvoie, de ce fait, à une relation à autrui, le plus souvent très ancienne ; celle-ci est réactualisée en ces circonstances.

Les affects sont violents lorsque la vie bat encore son exigence, lorsque le sujet sait que la vie ne suffit pas à la vie, que le corps ne suffit pas au corps, que la mort ne suffit pas à la mort. La haine est exprimée, souvent. La colère est une certaine façon de sauver la face. De sauver sa face et sa peau et de continuer à s'adresser à l'Autre... Qu'est ce qui se passe pour un sujet, qui s'accroche à sa colère au point qu'il donne l'impression de s'en nourrir ? Et bien, il se rattache à un axiome qui énonce qu'il appartient encore à une communauté mais pas n'importe laquelle : celle des spoliés, des victimes, des errants, des exclus,

et c'est bien parti pour la victimologie et ses spécialistes. C'est-à-dire que nous restons alors dans un jeu de miroir assez stérilisant, dès que nous réduisons le démuné à du sujet totalement régressé ou déficitaire, à une victime. Et le temps se fige. La relation se crispe...

Il n'échappera à personne que la nécessité psychique (transitoire) de cette colère haineuse est tout à fait difficile à supporter pour des institutions. On en veut beaucoup à ceux qui refusent le bien qu'on leur tend, généralement pour des clopinettes. Il reste important quand même de savoir non pas *avec quoi* l'on désire rencontrer l'autre "victime", mais *à partir de quoi* l'on s'apprête à rencontrer autrui et à lui parler.

Le temps des affects est important à entendre, et à accueillir. Ces phases temporelles permettent au sujet d'imaginer et de ressentir mieux les espaces contenant qu'on lui propose.

La conclusion pourrait être la suivante. Avant toute imposition de préconisation, il convient d'accueillir la temporalité psychique qui se déploie dans un passage par des affects et des logiques de transferts¹. Cet accueil de l'affect permet au sujet de repérer des espaces et des seuils. Nul ne peut perdre de vue que c'est bien avec de l'espace que le sujet s'approprie le temps et que notre premier travail n'est pas d'assigner l'exclu à la flèche du temps mais bien de l'aider à s'arraisonner à des spatialités, des lieux, des contenants et des seuils. Après, et seulement après, peut venir le temps du projet qui suppose un passage de la fixation à la répétition, de l'excitation et de l'apathie à la rythmicité. ■

Bibliographie

- ¹ Deux numéros de la revue Psychologie Clinique développent ce point. Il s'agit du numéro 7 "Exclusions, précarités témoignages cliniques" et du numéro 16 "Ruptures des liens clinique des altérités" (Paris, édition L'Harmattan)



Un temps institué par nous...

Jean-Pierre MARTIN
 Psychiatre,
 Chef de service Hôpital
 Esquirol, Saint Maurice

Depuis de nombreuses années nous tentons d'approcher les errants. Le temps pris à ce travail apparaît n'avoir d'autres limites que les nécessités horaires de l'institution ou notre propre horloge interne qui sonne l'alarme quand nous sommes trop affectés. Or cette double limite temporelle est un enjeu clinique, car elle appelle un cadre d'écoute et de reconnaissance de cette souffrance océanique liée à l'insupportable et l'indicible de l'être déchu, mais aussi une façon de nous dégager subjectivement d'une perte qui nous envahit afin de continuer à être présent le lendemain.

Ce théâtre d'ombres fait surgir du temps des peurs anciennes d'abandon et de détresse, de sourdes menaces auxquelles l'homme à la rue était associé dans notre enfance par nos parents. Parler des vécus temporels de l'errance s'avère être une expérience intime qui vient recouvrir le temps présent, et de fait, nous avons tendance à l'oublier. Aussi pour les soignants retrouver le cadre d'une institution possible est donc un refuge, un temps d'asile protecteur et civilisé.

Il n'est donc pas étonnant que la plupart des cliniciens soient frappés par la déserrance du temps social des sans-abri qui vivent chaque instant comme leur seul destin. Le symptôme s'écrit partout y compris dans son approche clinique par la mise en mouvement de deux défenses redoutables : la compassion qui revient à annuler le sujet (être victime) et le rejet qui vient le méconnaître (cela ne nous concerne pas). L'errant pour sa part nous le renvoie en nous faisant sentir notre impuissance à l'aborder et sa récusation de toute aide. De fait, quand nous acceptons l'engagement éthique de reconnaître cet humain, nous travaillons plus sur les rencontres passagères que dans une continuité sociale, la notion de rendez-vous semblant surréaliste et accéder à un temps institutionnel une gageure.

Mais qu'en est-il en réalité de cette altération du temps social?

La pratique clinique de subversion du cadre institutionnel en allant vers les lieux d'accueils associatifs, ou vers les errants eux-mêmes dans la rue, nous a instruit d'une réalité sociale complexe.

Nous avons rencontré, dans les groupes de paroles avec ces réprouvés, des temps qui sont ceux de l'organisation de la marginalité. Si se perdre, s'oublier dans l'alcool et les toxiques rythme en grande partie le quotidien des sujets les plus précarisés, survivre est une véritable socialité. La clinique étant une mise en situation de rapports intersubjectifs, elle passe ici par une initiation à cette socialité dans le temps pris à l'écoute et à la construction de liens d'appartenance au groupe. Nous y retrouvons le « hors temps » du trauma, de ses répétitions et de son inaccessible symbolisation, mais par notre présence structurée nous y inscrivons des temps de reconnaissance de cette souffrance qui permettent en retour une adresse possible au soignant. C'est à partir de cette position qui fait affiliation que nous sommes en mesure de prescrire des temps qui font sens : venir voir une assistante sociale pour monter un dossier RMI, faire un accompagnement vers un service ou une structure d'accueil et parfois, après de longs mois, un passage à notre consultation.

Cette construction de temps transitionnels fondés sur des pactes narcissiques (René Kaës), nous impose un travail sur notre propre rejet (dénégation) de l'insupportable de la souffrance d'autrui, et nous donne accès à une représentation de la souffrance psychique. Le risque de « mort psychique » du sujet dont l'accès à la symbolisation est barré devient l'enjeu même du travail clinique dans cette interface hors des structures de soins. Il est essentiel de souligner que ce temps d'approche est un temps partagé avec les partenaires associatifs et sociaux ; ceux-ci étayent le cadre des rencontres par des lieux accessibles pour les sujets en errance et des temps de prestations de survie.

Par cette démarche nous avons pu ouvrir notre regard aux situations de précarité plus générales qui concernent souvent nos propres patients. Cette clinique psychosociale s'avère ainsi partie intégrante de la lutte contre tous les facteurs socio-économiques et individuels d'exclusions. Que l'on soit sans-abri, sans travail, femme isolée avec enfants, sans papiers, seul dans la vie, rmistes, travailleurs pauvres, réfugiés politiques ou économiques, tous étrangers au temps de la réussite économique néolibérale, on est dans le temps de la société, même si on a perdu son temps socialisé propre. Le temps que nous passons auprès des précaires nous aide à penser la psychiatrie en termes de santé mentale et relance les principes fondateurs du secteur.

Dans ce cadre, le symptôme temps social altéré apparaît relatif car il est un des constituants du temps social général, et il ne prend sens que dans l'accompagnement du sujet dans lequel celui-ci se confronte à un temps institué par nous, donc dans un temps relationnel subjectif.

Le temps pris à cette démarche réactualise le temps institutionnel vers celui propre au sujet en souffrance, en rupture avec des temps établis de façons normatives. Il est un travail de réaffiliation aux temps sociaux dont la continuité thérapeutique est un des aspects.

Le sujet qui accède ainsi au temps du soin, à ce lien social, n'abandonnera pas pour autant pendant une longue période sa jouissance à des temps d'errance mais il aura trouvé une limite possible qui lui évite de complètement s'y perdre. ■



Temporalité perdue et temporalité retrouvée. A propos des modèles de prise en charge

Philippe-Jean PARQUET

Psychiatre, Professeur émérite, Université de la Santé – Lille II

Auteur du rapport
« Souffrance psychique et exclusion sociale »,
Juin 2003

L'homme et la société sont des systèmes historiques caractérisés par leur inscription dans le temps. La méthode scientifique a, dans un premier temps et sous l'influence des théories descriptives, figé l'étude des vivants pour mieux en analyser les composants, l'instantanéité était de rigueur. La compréhension des systèmes complexes se faisait en arrêtant le système à un instant T.

Le dosage du glucose dans le sang disait si on était diabétique ou non. Il a fallu longtemps pour que l'on pratique l'hyperglycémie provoquée ce qui permettait de dire non pas comment était le système mais comment il fonctionnait. C'est la vie et le vivant dans ces variations temporelles qui pouvaient ainsi être abordés.

Autrefois, on faisait faire son portrait à une période de sa vie, maintenant on fait une photo, mais ce qui est intéressant, ce qui en dit plus long, c'est de voir les portraits d'une même personne, ou les photos aux différents âges de la vie.

Considérons maintenant l'impact de la prise en compte du temps dans deux espaces : celui des modalités de la prise en charge des personnes malades ou en situation de précarité d'une part, et d'autre part l'impact du temps dans chaque modèle de prise en charge.

L'évolution des modèles de prise en charge est à cet égard très démonstratif. Face aux difficultés des personnes, on les a d'abord considérées comme différentes, autres. *Le modèle de l'aliénation* conduisait à leur proposer une prise en charge « extraordinaire » avec ou sans l'espoir de les faire redevenir des personnes ordinaires.

Dans un second temps, on a découvert que ces personnes n'étaient pas si "extra-ordinai-

res", mais qu'elles n'étaient pas capables d'autonomie et de faire face aux exigences sociales. Le *modèle de l'assistance* était né avec pour objectif de fournir une compensation aux difficultés rencontrées. Mais ces personnes acquéraient alors un statut d'exception. Elles devaient être aidées, protégées ; elles étaient devenues des personnes à part, nécessitant des actions singulières et des dispositifs spécifiques. Dans un troisième temps, on a mis l'accent sur le fait que ces personnes avaient souffert de carences éducatives, sociales et matérielles qui ne leur avaient pas permis d'acquérir les compétences bio-psycho-sociales nécessaires à une vie autonome. On a proposé un *modèle réparateur* qui avait pour objectif de construire de nouvelles compétences.

Par la suite, on s'est rendu compte que cela n'était pas toujours possible. On a pensé que l'on pouvait construire par une intervention programmée de nouvelles compétences créées de toutes pièces. C'est *le modèle orthopédique* : la rééducation.

Chez certaines personnes, si ces compétences avaient été acquises, elles n'étaient plus utilisables pour des raisons diverses. *Le modèle d'activation des compétences et des ressources* a pour objectif de restaurer l'utilisation de ces compétences bio-psycho-sociales, de les rendre de nouveau actives, de les faire évoluer, de les rendre éventuellement plus performantes.

Enfin, on avait considéré autrefois qu'il fallait faire disparaître la maladie ou la situation de précarité et d'exclusion. Il fallait remettre en place des *méthodes compensatoires* telles que le RMI ou les allocations spécialisées. Maintenant, on se centre, de plus, sur les *déterminants*, les facteurs qui sont à l'origine des états pathologiques à des situations

dommageables. Une action directe sur les déterminants a été proposée avec deux sous objectifs : l'un visant à diminuer les facteurs pathogènes ou de vulnérabilité, l'autre à magnifier les facteurs de protection présents chez la personne.

La variation dans le temps de ces "modalités de prise en charge" témoigne de la variation dans le temps des conceptualisations de l'homme, de la société et de leurs rapports.

Lorsque l'on considère la maladie mentale, l'exclusion et la précarité, si on les resitue dans l'histoire d'un sujet, cela nous conduit à des prises en charge très différentes.

Une personne n'a pas toujours été dans une situation d'exclusion, si l'on prend cet exemple. Il faut tenir compte de ce que la personne a été avant son "entrée dans l'exclusion".

Cette conception nous permet de mieux comprendre *l'itinéraire de l'exclu*. Cela a plusieurs conséquences : d'abord s'intéresser à ce qu'était le sujet avant son "entrée dans l'exclusion", ceci permettant de dégager les facteurs de vulnérabilité antérieurement présents et les compétences sur lesquelles on pourra s'appuyer ultérieurement dans la prise en charge.

Il conviendra ensuite de prendre en compte la situation particulière d'exclusion, mais de garder à l'esprit que la personne pourra passer de l'exclusion à la précarité et qu'alors un autre projet d'aide et d'accompagnement devra être mis en place ; car sans cela on en reviendra à la situation d'exclusion.

Si on a pu provoquer une réinsertion par une réhabilitation des compétences bio-psycho-sociales, l'expérience de la précarité et de l'exclusion représente un facteur de vulnérabilité, une trace

Temporalité perdue et temporalité retrouvée.

A propos des modèles de prise en charge (suite)

qui demeure présente, et qui facilitera si on ne continue pas une certaine prise en charge, le retour vers l'exclusion.

On voit là que, pour une même personne au cours du temps, différents modes de prise en charge, différents dispositifs doivent être successivement mis en œuvre.

La question est maintenant de savoir pourquoi le temps et l'inscription dans le temps du sujet et

des prises en charge a été négligée. La multiplicité des dispositifs pour remédier à des situations caractérisées a contribué à considérer les personnes par fragments temporaires, à fragmenter l'assistance et l'aide, à atomiser le sujet dans ses états successifs.

Considérer la personne comme une personne historique est une condition absolue d'une approche pertinente et adéquate.

Organiser le réseau, les personnes, les dispositifs permet de conférer une histoire des modalités de prises en charge successives proposées à un même sujet. Cette continuité dans les différentes prises en charge aide la personne à garder pour elle-même la continuité de son histoire. ■

Le coin du clinicien

Grande précarité et mise à l'abri de l'intelligence

La scène se passe dans un Centre d'accueil de jour pour gens de la rue. En analyse de la pratique, une intervenante sociale (chargée des dossiers RMI) évoque avec le psychiatre de l'institution une situation « impossible ».

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui refuse un nouveau contrat RMI. En fait, il refuse toute communication avec l'intervenante : hyper excité, hypomane en permanence, il entre en logorrhée (parle sans arrêt) dès que l'on s'adresse à lui, avec une exacerbation motrice nette. L'imprégnation éthylique est considérable, la santé somatique très précaire, il vit réellement dans la rue avec une compagne.

Le psy dit ce qu'il comprend : manifestement cet homme ne peut ou ne veut rien entendre de ce que lui dit l'intervenante sociale, ce dont témoigne l'exacerbation motrice et verbale lorsqu'elle s'adresse à lui.

Comme cet homme semble écrire de temps en temps, le conseil est donné de s'adresser à lui par l'écrit. L'entretien suivant, l'intervenante sociale lui écrit quelques mots sur un papier : « *Mr X, est-ce que vous vous rendez compte que vous ne voulez pas m'écouter ?* » A sa stupeur,

l'homme s'arrête de bouger, interloqué, et répond avec des gestes très précis : il met ses deux mains devant ses yeux, puis ses oreilles et sa bouche, indiquant clairement que le message est bien reçu, et qu'il est contraint de se fermer par tous ses sens.

L'intervenante continue par une autre question : « *Qu'est-ce que veut dire écouter pour vous ?* »

En quelques minutes, cet homme écrit une page très dense et concentrée sur la parole et l'écoute, sur leur rôle majeur dans le rapport à l'autre et les causes possibles de la peur de parler, autour de la perte de confiance. Ce document, bien écrit, aurait pu servir de plan à un psychanalyste pour un séminaire de deux jours !

Pourtant, il n'avait jamais exercé de métier psy, sa seule activité professionnelle ayant été, autrefois, de travailler avec des personnes âgées en maison de retraite.

Bref, cet homme en hypomanie permanente, très détérioré en apparence, autant sur le plan somatique que mental, avait quelque part en lui une intelligence superbe, lucide (peut-être un surdoué ?), non accessible à la communication ordinaire (verbale).

La relation a pu se continuer par écrit et s'est orientée vers un retour professionnel en direction des personnes âgées. Il est décédé quelques mois plus tard, d'une complication somatique de l'alcoolisme.

Le type de ce cas clinique, qui n'est pas unique, suggère que les mécanismes de défense de certaines situations humaines (rencontrées dans la grande précarité) ne sont pas concernées par une psychopathologie de nature psychotique.

Il s'agirait plutôt d'une forme de clivage très serré où la partie saine du moi et l'intelligence sont mises à l'abri, et deviennent ainsi inaccessibles à la vie quotidienne, ce qui renforce la spirale de l'exclusion. Si l'on veut être plus technique, il s'agirait d'un clivage au moi plutôt que d'un clivage du moi, probablement traumatique.

Ce type de rencontre suggère également que, lorsque le contact est établi d'une manière ou d'une autre, il vaut mieux respecter les défenses très longtemps, sous peine de favoriser une fuite hors de la relation ou, plus grave encore, des décompensations parfois vitales. ■

Jean FURTOS
Psychiatre,
Orspere-Onsmp.

Nous avons lu

■ Toulouse, le traumatisme

Bernard Doray, Philippe Gutton, Stéphanie Pechikoff, Ed. La Dispute, 2004.

Voici un ouvrage très rigoureux qui dresse le bilan de la catastrophe AZF à Toulouse, et propose, à partir d'informations directes recueillies auprès des victimes sur les conséquences psychologiques diverses et nombreuses de ce drame, d'interroger la notion de traumatisme. Il est rare d'avoir une telle approche sur une catastrophe collective.

■ Psychiatrie et santé mentale, innovations dans le système de soins et de prise en charge

Revue Française des Affaires Sociales, La documentation française, N°1 janvier-mars 2004.

Ce dossier, particulièrement renseigné, rassemble de nombreuses contributions de qualité visant à mieux comprendre les évolutions que connaissent les systèmes de soins et de prise en charge. Complété par des données statistiques et par une présentation des derniers rapports sur la psychiatrie et la santé mentale, il se révèle être une source d'informations précieuses pour la compréhension des innovations en cours.

■ L'urgence de la misère

Stéphane Rullac, Ed. Les Quatre Chemins, 2004.

A lire pour connaître de l'intérieur la pratique du Samu social de Paris à partir du témoignage entier d'un éducateur. Ce récit du contact avec le monde de la nuit, de la misère et du travail social de l'urgence ouvre sur les coulisses d'un dispositif d'aide social existant depuis 10 ans. L'auteur parle librement du fonctionnement de cette « institution », avec son histoire, ses tabous et ses particularités. Cet ouvrage est une illustration d'un vécu personnel élaboré par un travailleur social dans un cadre professionnel aux prises avec une mission qui interroge la notion même d'urgence sociale, la difficulté des rencontres avec un public hétérogène.

Agenda

■ Echanges Européens sur les Concepts et les Pratiques

XIIF Séminaire du CEDEP les 29, 30 et 31 mai 2004 à Toulon

Renseignements pratiques et inscriptions : www.vvvgg.be/CEDEP

Tél : 04 91 40 88 63 ou 66 - Fax : 04 91 40 57 12

■ « Psychotiques » à la rue ?

Journées nationales d'étude et de réflexions les 3 et 4 juin, Halles aux Toiles à Rouen.

Renseignements et inscriptions : Tél. / Fax : 02 35 60 34 15 - Mel : asso.castor@wanadoo.fr

■ Place et relations des acteurs en santé communautaire : un nouveau partage des pouvoirs

3^{es} rencontres de l'Institut Renaudot les 11 et 12 juin 2004 à Mulhouse.

Renseignements et inscriptions : Tél. / Fax : 01 48 06 67 32 - Mel : renaudot@free.fr

■ La santé publique, entre expertises et solidarités

Congrès national de Santé publique les 1^{er}, 2 et 3 juillet 2004 au Palais des Congrès de Lyon

Contacts : Tél. : 03 83 44 39 17 - Fax 03 83 44 37 76 - Mel : congres@sfsp.info

■ La santé mentale face aux mutations sociales

Congrès international organisé par l'ORSPERE-ONSMP les 12, 13 et 14 octobre 2004

à l'École Normale Supérieure de Lyon.

Renseignements et Inscriptions : Tél. : 04 74 67 47 86 - Mel : hubertguyotat@wanadoo.fr

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale
 Directeur de publication : Jean FURTOS
 Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, docteur en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé de mission PJJ
- Christiane RIFCON, Directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
 Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Piel
 69677 Bron Cedex
 Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
 E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
 Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 8 500 ex.

ISSN 1622 2032

Ces œuvres, aimablement mises à notre disposition, ont été réalisées dans le cadre de l'atelier d'arts plastiques animé par Christine Chalard, art thérapeute, au CH de St Cyr au Mont d'Or.