

Vicariance dans l'accompagnement et la clinique psychosociale, à partir d'une recherche sur l'accompagnement au logement

• **Adrien Pichon**
psychologue
clinicien, doctorant
CRPPC Lyon 2

La recherche-action « *Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance, de la nécessité d'habiter la relation d'accompagnement* » a mis en lumière plusieurs résultats intéressants sur la question de l'accompagnement au logement.

1. Il faut signaler la publication toute récente d'un ouvrage d'Alain Berthoz, professeur de physiologie de la perception et de l'action au Collège de France, sur le sujet :
Berthoz, A., 2013, *La Vicariance. Le cerveau créateur de mondes*, Paris, Odile Jacob.

2. Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W., 1995, *Trauma and the therapist : countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company.

Mais une autre dimension est également apparue avec une force inattendue au cours de cette recherche. Elle concerne plus spécifiquement la part clinique de ces accompagnements au logement et les effets de ces accompagnements au long cours, avec ce public cible, sur les accompagnants (éducateurs, travailleurs sociaux...). C'est cette dimension que nous aimerions évoquer dans ce texte en la mettant au travail avec le concept de vicariance¹. Rappelons, avant d'aller plus loin, que ce terme peu usité vient du latin *vicarius*, qui signifie *remplaçant*. Il traduit le fait pour une personne d'assumer une fonction pour quelqu'un, ou dans le langage médical, le fait pour un organe de fonctionner à la place d'un organe défaillant, et trouve des synonymes dans les notions de suppléance ou de procuracy. En somme, l'idée qui parcourt ce texte serait de considérer l'accompagnement au logement comme l'une des manières les plus explicites d'approcher la réalité même de la clinique psycho-sociale en tant que processus vicariant, nécessairement « collectif », de soin.

De la traumatisation vicariante...

Nous avons initialement choisi de nous approprier cette notion de vicariance pour rendre compte de certains phénomènes rapportés par les accompagnants au sujet de leurs accompagnements. Essentiellement connotés de manière négative par ceux qui semblaient les subir, ces phénomènes paraissaient se déployer dans la dynamique de l'accompagnement dit « psychosocial de

proximité » au long cours, auprès du public le plus marqué par les effets destructeurs de la vie à la rue. À bien des égards, il semble que les phénomènes cliniques que nous avons observés chez les professionnels engagés dans ces accompagnements se rapprochent de ce que certains auteurs décrivent, à la suite des travaux princeps de Pearlman et Saakvitne², en termes de traumatisation vicariante. Il faut s'arrêter sur le terme de « *traumatization vicariante* » pour traduire l'anglais « *vicarious traumatization* », afin de noter la dimension processuelle de ce phénomène qui s'inscrit dans la durée. Il se démarque par-là du caractère événementiel, brutal et aigu, habituellement attaché à la notion de traumatisme. La traumatisation vicariante est plutôt une transformation négative du soi, touchant les personnes engagées de manière authentique et empathique dans une relation d'aide au long cours auprès de personnes ayant subi elles-mêmes d'importants traumatismes (particulièrement des traumatismes relationnels chroniques, c'est-à-dire liés aux carences de l'environnement précoce, aux ruptures des processus d'attachement nécessaires au développement de la sécurité psycho-affective du sujet). Cette altération d'intensité variable est pratiquement inévitable dès lors que l'on est engagé dans de telles relations et ne résulte ni de l'accompagné ni de l'accompagnant. Elle semble s'imposer comme l'un des effets d'une forme de communauté relationnelle particulière dans ce type d'expériences. À l'origine, le terme était appliqué à l'expérience contre-transférentielle de thérapeutes engagés

dans un travail auprès de personnes ayant survécu à d'importants traumas, comme l'inceste. Puis son acception a été élargie pour décrire des phénomènes similaires, observés chez une large palette de personnes impliquées dans l'assistance, ou au contact de survivant de traumas, comme les travailleurs sociaux de première ligne, les humanitaires, les policiers, des prêtres ou des journalistes recueillant des témoignages... Elle semble croître avec la durée de l'accompagnement et la proximité empathique de la personne engagée dans l'accompagnement. En effet, la manière la plus simple et la plus radicale de s'en protéger consiste à éviter l'engagement relationnel, ce que l'on observe quand un accompagnant évite de s'impliquer en invoquant un accompagnement « trop lourd » par exemple. La méthodologie de notre recherche (particulièrement dans sa dimension qualitative), nous a permis de recueillir un important matériel de la part de nombreux professionnels engagés dans ces pratiques d'accompagnement. C'est ce matériel que nous avons traduit cliniquement au moyen de la notion de traumatisme vicariant. Les témoignages que nous avons recueillis, faisaient tous état d'au moins un vécu de transformation personnelle lié à l'accompagnement psychosocial de ce public spécifique. Dans certaines situations, moins nombreuses mais relevant d'accompagnements de haute intensité pour ainsi dire (accompagnement psychosocial de proximité vers et dans le logement sur des durées de plusieurs années, avec aussi beaucoup de pratique hors les murs de l'institution ou à domicile), nous avons recueilli des témoignages traduisant des effets plus importants³ :

- physiques : froid, engourdissements, frissons, raideurs et tensions musculaires, mal au dos, mal à la tête, fatigue extrême, réactions cutanées en miroir...
- cognitifs : confusion, trous de mémoires, hyperactivité mentale, difficultés à se concentrer, rationalisation-minimisation des troubles ressentis...
- perceptifs et sensoriels : anosmie (perte de l'odorat) ou hypersensibilité olfactive, réminiscences (résurgences de souvenirs) ou reviviscences (réveil d'impressions perceptives très fortes) liées aux accompagnements, illusions

perceptives (impressions très fréquentes de voir la personne accompagnée dans l'espace public)...

- émotionnels : sentiment d'impuissance, perte de confiance en soi, anxiété, torpeur, renfermement-sentiment d'isolement (même avec les proches), tristesse, alternance entre excitation et abattement...
- comportementaux : troubles du sommeil, irritabilité, changements d'humeur, repli, hypervigilance, prédisposition aux accidents...
- interpersonnels : replis social, solitude, difficulté à communiquer...
- moraux : sentiment de perte de sens, détachement, transformations des valeurs, envie de changements existentiels radicaux...

Ce qui semble apparaître en somme, c'est la transformation produite par le processus d'accompagnement sur l'accompagnant⁴, qui se trouve mobilisé et préoccupé de manière intense par la dynamique d'accompagnement. La situation de traumatisme vicariant rendrait compte d'un phénomène excessif d'envahissement relationnel, qui ne serait qu'une situation limite, une forme extrême d'accompagnement psychosocial⁵. Tout se passe alors comme si l'accompagnant portait littéralement en lui une partie de la problématique de l'accompagné liée à son rapport à l'habitat. Nous avons ainsi proposé l'hypothèse d'un processus métaphorique d'hébergement dans la relation, comme premier espace d'habitation dans la trajectoire de retour au logement pour les personnes issues d'un long parcours de rue. On pourrait dire que pour le sujet présentant un syndrome d'auto-exclusion (qui est une forme de déshabitation de soi), la subjectivité affectée d'un accompagnant constitue, peut-être, un espace d'hébergement potentiel pour cette partie boutée hors de lui. Mais d'un point de vue clinique, il est important ensuite qu'il puisse se réapproprier ce contenu, qu'il puisse l'assimiler comme sien.

Nous pensons que c'est le mouvement de sortie de l'état de traumatisme vicariant, dans un mouvement d'identification et de restitution du contenu « hébergé » en soi, qui peut être le point de départ du processus de réappropriation pour l'accompagné. Nous allons à présent voir que c'est aussi la notion de vicariance qui nous permet de penser les conditions de possibilité de ce travail d'identification-restitution.

3. Cette liste compile les effets rapportés dans plusieurs témoignages et aucune situation ne rassemblait l'intégralité de ces effets en elle-même. De même, certains de ces effets paraissent incompatibles (par exemple : hypervigilance et torpeur) mais il faut les considérer d'un point de vue diachronique relatif à la longue durée des accompagnements.

4. Et bien sûr sur l'accompagné mais notre recherche n'a pas pu recueillir le point de vue des usagers de ces dispositifs.

5. La découverte des propriétés miroirs du cerveau permet de rendre compte, à un niveau physiologique, de ces effets d'identification involontaires et automatiques depuis longtemps identifiés et décrits par les cliniciens. Voir Rizzolatti G, Sinigaglia C ; 2008, *Les neurones miroirs*, Paris, Odile Jacob.

...à la réflexivité vicariante

L'accompagnant qui se trouve en état de traumatisation vicariante ne sait pas encore qu'il « héberge » en lui un contenu provenant de la situation d'accompagnement. Il se sent mal (dans tous les sens du terme), et tente de se couper de ces sensations et pensées désagréables afin de continuer à fonctionner professionnellement et personnellement. Il tente de s'en distraire, ou dans le meilleur des cas, de les transformer pour les rendre supportables. Le matériel que nous avons recueilli lors de nos entretiens avec les professionnels de l'accompagnement psychosocial, a révélé l'importance de plusieurs « dispositifs » informels ou plus formalisés, spécifiques ou moins directement dédiés, valant comme techniques de prévention ou de curation des effets de la traumatisation vicariante. Ainsi pour certains professionnels la pratique d'un sport, les sorties culturelles, les relations amicales, l'engagement politique, la pratique religieuse ou la vie de famille ont pu constituer ces « dispositifs » de distraction, de mise à distance des éprouvés ou plus simplement un moyen de « faire avec ». Dans d'autres cas, les professionnels se saisissaient de dispositifs plus spécifiques et formalisés, comme l'analyse de la pratique, la psychothérapie individuelle, les formations professionnelles ou même le groupe-ressources de notre méthodologie de recherche-action, comme des moyens de transformer ces éprouvés. Bien souvent, ce qui semblait important était non seulement de transformer, ce qui reste somme toute assez vague, mais d'identifier précisément les effets de l'accompagnement en soi, les nommer en leur donnant ainsi une légitimité professionnelle (antidote au sentiment fréquent d'être mauvais dans son travail) et de les re-catégoriser comme découlant vraiment de la dynamique d'accompagnement et donc comme de potentiels contenus provenant de l'accompagné. C'est ce travail de catégorisation, de tri et d'agentivité (au sens d'identifier ce dont on peut être l'agent, le sujet de l'action, et ce dont on est l'agi pourrait-t-on dire) qui semblait entre autres le plus efficace pour sortir du vécu de traumatisation vicariante. On voit ici l'importance de passer à son tour par la médiation d'au-moins un autre (le « psy », le groupe de formation, le groupe de recherche) pour soutenir ce travail d'identification et d'agentivité, ce travail réflexif

par procuration que nous avons proposé d'appeler travail de réflexivité vicariante. En somme il serait nécessaire de déléguer quelque chose de soi à un autre ou plusieurs autres lorsqu'on se trouve en situation de malaise personnel. La vicariance serait alors le mécanisme qui rendrait compte de la clinique psycho-sociale⁶ à la fois dans sa dimension de souffrance portée (le malaise des intervenants comme premier signe de la clinique psycho-sociale) et dans sa dimension préventive ou curative (le groupe comme antidote au traumatisme⁷). C'est cette vicariance comme procuration, délégation, confiance⁸, qui viendrait sortir l'individu de son sentiment de malaise, d'abord par altération de son environnement relationnel (un accompagnant, un thérapeute, un groupe de pairs), puis par un travail interpersonnel de tri, catégorisation, répartition puis réappropriation de ses propres contenus, affects, pensées, etc. On pourrait dire que lorsque le sujet est dans une souffrance telle qu'il tente de se couper de lui-même, c'est l'environnement impliqué, affecté, qui reçoit cette souffrance et soutient éventuellement un travail de réappropriation pour le sujet. Ce modèle peut aussi se concevoir sous la forme d'une chaîne ou d'un réseau où la souffrance individuelle pourrait trouver à se traiter par vicariance, de proche en proche, d'un individu à un ou plusieurs autres, dans un mouvement de circulation, rayonnement à tous les niveaux de la chaîne ou du réseau. Ce pourrait être l'un des modèles de la clinique psycho-sociale.

Mais il arrive que dans certaines situations, lorsque le malaise individuel est très invalidant, la vicariance évoquée se démétaphorise en quelque sorte et passe du registre de la relation interpersonnelle au niveau beaucoup plus concret de l'action, de la motricité. Nous avons recueilli des témoignages sur des situations dans lesquelles l'accompagnant se substituait physiquement à l'accompagné qui était incapable d'effectuer certains gestes, certaines démarches, par peur, par honte, par inexpérience ou par invalidité temporaire. Par exemple, pousser la porte d'une administration pour effectuer des démarches de reprise des droits sociaux, s'adresser à un agent administratif pour expliquer la situation, rapporter au médecin certains symptômes, retirer de l'argent avec le code transmis par

6. Cf les nombreux travaux de l'ORSPEPE-ONSMP.

7. Jean Furtos, communication personnelle.

8. Au sens le plus littéral de confier quelque chose.

l'accompagné... C'est la subtile *chorégraphie de l'accompagnement*⁹ que nous avons décrit dans le rapport. Le niveau de délégation ou de procuration est ici nettement plus concret, bien que demeurant informel et tacite dans la relation d'accompagnement. Reposant sur la confiance tissée dans une relation au long cours, cette vicariance concrète, agie, n'en reste pas moins un sujet de tensions sur le plan éthique avec la possibilité d'emprise et d'abus qu'elle contient potentiellement. D'ailleurs ces témoignages n'ont pu nous être confiés qu'après un long moment dans le processus de recherche...

Un cas limite de vicariance dans la clinique psychosociale : l'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans le logement ou syndrome de Diogène

Pour terminer, nous voudrions évoquer certaines problématiques liées à l'accompagnement au logement, dans lesquelles cette démetaphorisation de la vicariance se trouve en quelque sorte « chauffée à blanc » et avec elle, les tensions éthiques évoquées précédemment. La recherche dont nous venons partiellement de rendre compte à travers ce texte, a donné lieu à plusieurs prolongements. Parmi ceux-ci, je réalise actuellement un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de doctorat sous la direction du Pr. René Roussillon. Cette recherche porte sur la clinique à et du domicile dans les situations d'incurie dans le logement, syndrome de Diogène, syndrome d'insalubrité morbide avec encombrement. Les personnes se trouvant dans ces situations ont souvent pour particularité d'associer une souffrance psychique importante (syndrome dépressif, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif, consommation importante d'alcool et/ou de psychotropes...) avec un haut degré d'isolement, à tel point qu'au moment où l'environnement se manifeste (souvent en raison des nuisances ou des risques liés au trouble), la situation s'est dégradée de manière tellement importante que la nécessité d'une intervention de débarrassage et réhabilitation du logement se pose avec insistance, violence parfois. On pourrait dire que dans ces situations, du fait du processus actif d'isolement de la personne, la souffrance psychique échoue à se déposer dans l'environnement relationnel et se déploie d'abord

dans l'environnement matériel, non-humain¹⁰, du sujet ; en l'occurrence son logement. La problématique psychique se déploie dans l'espace de l'habitat et se trouve contenue, confinée plutôt, jusqu'à ce que l'environnement proche (les voisins en général) se trouve inévitablement affecté par la situation, sur un mode plutôt hostile ou anxieux majoritairement. Le processus d'accompagnement prend alors la forme d'une prise de contact avec le sujet, chez lui, dans la perspective d'une intervention de débarrassage et réhabilitation. Les intervenants sont multiples : service contentieux du bailleur, élus, assistante sociale de secteur, voisins, famille, associations pour le logement, etc. En tant que clinicien-chercheur, il m'arrive d'intervenir au sein d'un dispositif de médiation mobilisé comme un dernier recours avant une solution plus coercitive. Il semble nécessaire, dans ces configurations particulières, de penser l'accompagnement à un niveau très concret, comme générateur d'un travail psychique potentiel. Le travail de tri évoqué plus haut dans les situations complexes d'accompagnement psychosocial de proximité prend ici la forme d'un travail de tri réel avec la personne en situation d'incurie, qui est bien souvent incapable de l'effectuer par elle-même. La vicariance fonctionnelle ne s'inscrit alors plus à un niveau psychique ou dans le registre de la relation interpersonnelle, mais comme une fonction exercée par le corps, dans le registre de l'action. On voit à quel point ces situations sont des situations limites, d'autant plus dans le cadre de l'anthropologie capacitaire actuelle où le sujet est appelé à expérimenter sa capacité d'action dans un processus de rétablissement. Les personnes dont nous parlons sont souvent bien loin de telles aptitudes (c'est justement l'expression élective de leur trouble), du moins au début de l'accompagnement.

Une illustration clinique permettra peut-être de rendre ces points plus clairs. La scène se déroule lors d'une visite à domicile auprès d'une femme en situation d'incurie importante, menacée d'un recours coercitif par son bailleur. Cette visite vient après une série de six refus de nous faire entrer, et deux visites lors desquelles elle acceptera de nous recevoir. Cette femme souffre apparemment d'une schizophrénie paranoïde et elle semble s'être « enfermée » chez elle par crainte d'une nouvelle hospitalisation sous contrainte.

9. En référence à la *chorégraphie de la rencontre* de René Roussillon.

10. Searles, H. F. (1986). *L'Environnement non humain*. Paris: Gallimard.

Elle a perdu ses allocations faute d'avoir pu être réexaminée par un médecin, qu'elle considère de toute façon comme une menace pour son intégrité. Son gaz et son téléphone sont coupés, son loyer n'est plus payé depuis plusieurs mois. Elle pense que son électricité est également coupée, mais un coup d'œil au disjoncteur permettra de constater qu'il a simplement sauté et nous pourrons rétablir l'électricité. Par chance, son chauffage est collectif en ces jours de début d'hiver. L'appartement est très sale, encombré, sens dessus dessous. Le sol est couvert de cendres et d'emballages vides, de mégots de cigarettes et d'aliments séchés. Des cafards s'enfuient sous nos pas. Madame passe la majeure partie de sa journée assise sur son canapé défoncé devant un téléviseur éteint en fumant des cigarettes. Une sortie par jour lui permet de recueillir un peu d'argent en faisant la manche, pour s'acheter un sandwich. Elle ne peut plus fermer sa porte depuis des semaines, comme elle dit s'être fait voler son sac contenant son trousseau et ses papiers par une entreprise de nettoyage qui avait déjà tenté d'intervenir cet été. Lors de cette visite, pendant que ma collègue travailleuse sociale tente de faire le point sur la situation de madame, je propose de remplir quelques sacs poubelles des déchets qui jonchent le sol. Madame ne refuse pas. Un peu dépassé par l'ampleur de la tâche et ne sachant pas par où commencer, je décide de me concentrer sur la périphérie de la table basse qui semble constituer, devant elle, le centre de son univers actuel. Le sac commence à se remplir. C'est en passant une petite balayette sous la table pour rassembler un tas de cendres que je tombe alors sur son trousseau de clef et une

partie de ses papiers. Je découvre aussi quelques pièces qu'elle enfouit rapidement dans sa poche. Madame semble étonnée et grommelle un merci. Au moment de partir, elle nous propose de nous raccompagner et claque la lourde porte derrière nous aussitôt le seuil franchi. Nous l'entendons tourner vivement la clef dans la bruyante serrure trois points, qu'elle verrouille telle une porte de forteresse. Sur le trajet, nous évoquons dans nos échanges avec ma collègue, la capacité retrouvée qu'elle a maintenant de s'enfermer chez elle et l'éventualité qu'elle ne nous rouvre plus. Les visites suivantes ont complètement dissipé cette hypothèse...

Cette séquence illustre une sorte de dépassement de l'incompatibilité apparente entre vicariance fonctionnelle et empowerment, capacitation. En retrouvant les clefs de cette dame, à sa place, alors qu'elles étaient objectivement à portée de sa main depuis des semaines, nous lui restituons la capacité concrète de s'enfermer chez elle et de ne plus nous ouvrir, la capacité de nous dire non en actes. Cette capacité de dire non, comme René Spitz l'a montré en 1962¹¹, est la condition exclusive de la possibilité d'exprimer un accord authentique, un *oui* plein et entier. La vicariance fonctionnelle a permis dans cette situation de lui restituer cette capacité de refus et d'acceptation, qui est autre chose que le négativisme schizophrénique qui semble l'avoir conduit à cette situation. Il n'est donc pas incompatible dans certaines circonstances de concilier cette démarche proactive pour autrui avec une éthique de la capacitation dans l'accompagnement et la clinique psycho-sociale. ||

11. Spitz, R. A. (2008). *Le non et le oui: la genèse de la communication humaine*. Paris: Presses universitaires de France.