

Combattre l'« Exclusion » et reconstruire un rapport à autrui valide. **“Fighting Exclusion” and rebuilding a valid relationship with others.**

Olivier Douville

Psychanalyste, Maître de conférences hors-classe, Laboratoire CRPMS, Université Paris-Cité, Membre d'honneur du Collège International Psychanalyse et Anthropologie, Membre du Collège International de l'Adolescence, Formateur à l'Université de médecine Paris Descartes et à la Fondation des Sciences Politiques avec le Samu Social International et le Dr. Xavier Emmanuelli¹

Université Paris-Cité, Esplanade Pierre Vidal Naquet 75013 Paris France.

<https://www.olivierdouville.com/home>

Résumé

Mon article prend appui sur mon expérience de clinicien. Aujourd'hui, je suis retraité et libéré de mes fonctions à l'Hôpital psychiatrique et à l'Université Paris 10-Nanterre. Je poursuis mon travail de psychanalyste en privé. Il y a encore peu d'années, je travaillais en tant que psychologue clinicien à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard dans le département 93. Là, je me suis associé au travail d'une unité « psychiatrie-précarité », un dispositif comprenant des équipes allant visiter des centres d'accueil des réfugiés à la demande de la DASS (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) ou des municipalités limitrophes. J'ai également collaboré naguère avec le SAMU social de Paris et sa maraude « psy » à destination desdits « SDF (Sans Domicile fixe) » en grave tourmente mentale (dont des moments de délire de négation des organes, des effondrements mélancoliques que soignaient et cachaient mal des longues périodes d'intoxication alcoolique, des querulences explosives et désarimées, pathétiques fracas préludant à des abattements vertigineux). Ces deux expériences me firent rencontrer beaucoup de personnes vivant en grande souffrance psychique parfois en « folie » - ce terme extrêmement équivoque - qui vivaient à la rue. Enfin, lors de mes missions diligentées par le Samu Social International en Afrique de l'Ouest et au Congo dans le but de créer et de rendre pérennes des équipes de terrain formés de médecins, d'éducateurs et de psychologues cliniciens, je fis de copieuses rencontres avec des adolescents en errance, fuyant des conditions sociales exténuantes, familiales violentes et politiques meurtrières en ce qui concerne les mineurs enfants et adolescents qui connurent les guerres dont ils furent soit les acteurs, soit les victimes, soit, le plus souvent, les deux.

Mots-clefs : Abandon, Corps en mélancolie, Exclusion/Inclusion, Naissance/mort, Soins psychiques

Abstract :

My article draws on my experience as a clinician. Today, I am retired and freed from my duties at the Psychiatric Hospital and the University of Paris 10-Nanterre. I continue my work as a psychoanalyst in private. Until a few years ago, I worked as a clinical psychologist at the Ville-Evrard psychiatric hospital in the 93 department. There, I joined the work of a "psychiatry-

precarity" unit, a system comprising teams visiting refugee reception centers at the request of the DASS (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) or neighboring municipalities. I also collaborated in the past with the SAMU social de Paris and its "psych" patrol for the so-called "homeless" (SDF) in serious mental turmoil (including moments of delirium of organ denial, melancholic collapses treated and poorly hidden by long periods of alcoholic intoxication, explosive and disarmed quarrels, pathetic fracas preluding dizzying depressions). These two experiences made me meet many people living in great psychological suffering, sometimes in "madness" - this extremely equivocal term - who lived on the streets. Finally, during my missions conducted by Samu Social International in West Africa and Congo with the aim of creating and sustaining field teams made up of doctors, educators, and clinical psychologists, I had many encounters with adolescents on the move, fleeing grueling social conditions, violent families, and deadly political situations, especially for minors, children, and adolescents who experienced wars in which they were either the actors, the victims, or, most often, both.

Keywords: Abandonment, Melancholic Body, Exclusion/Inclusion, Birth/Death, Mental Care

La clinique et le politique au cœur du métier de soignant

Qui d'entre nous n'a pas entendu parler d'une catégorie vague et pathétique, celle des « exclus » souvent qualifiés de « grands exclus » ? Nul ne sait vraiment ce que veut dire « exclu ». De quoi et de qui s'agit-il : des « Exclus » du travail, « exclus » de la famille, « exclus » du soin ? Pris de vertige, j'en vins à préférer le terme assez littéraire, certes, de « laissés pour compte ». Ce terme suppose une personne qui ne peut pas être comptabilisé dans les procédures d'évaluation, dans les procédures de soin. Chacun entrevoit avec son expérience et sa sensibilité propre, la réalité de l'exclusion sociale et nombreux de gens dits « intéressés » peuvent redouter de vivre une telle expérience. Xavier Emmanuelli et Clémentine Frémontier posaient, dès 2002, une question d'importance « Mais la terminologie est trop floue pour que les personnes concernées puissent s'y reconnaître totalement. Existe-t-il réellement une fracture sociale ou s'agit-il, à l'inverse, d'un aplatissement des schémas traditionnels de compréhension qui étaient assez puissants pour expliquer un monde sociologique stable, mais qui se sont trouvés peu à peu mis en échec par la crise et l'évolution des comportements sociaux ? S'agit-il d'une fracture ou d'une disparition de lignes traditionnelles ? ».¹

C'est une constance de l'observation sociologique ou anthropologique d'interroger les lignes de fractures possibles d'un corps social à partir de la situation réservée aux plus marginaux, à celles et ceux qui vivent plus à l'écart de la majorité compacte. Il reviendrait aux enquêtes et études portant que personnes marginalisées de faire bouger les lignes de nos compréhensions usuelles de ce qui fait lien social et/ou colle sociale.

Ainsi, en ce qui concerne le soin psychiatrique, s'il m'est arrivé de recourir dans des colloques au terme de « folie d'exclusion »², je n'usais guère d'une clinique nosographique classique mais désignais par cette expression l'état d' « effondrement » psychique de qui est coupé des lois élémentaires de la reconnaissance et de la réciprocité. « Nous sommes, écrivais-je, attentifs aux effet de de la ruine de l'hospitalité, garante ordinaire de notre habitat psychique, sur les rapports au corps, au langage et à autrui desdits « grands exclus »³.

¹ Xavier Emmanuelli et Clémentine Frémontier « L'exclusion et les difficultés du décodage » in La fracture sociale, Paris, PUF coll. « Que sais-je ? », 2002, p. 9.

² "Exclusion et errance ", Health Systems and Social Development : an alternative paradigm in health systems research. Brussels, European Commission publications. J. Le Roy & K. Sen (Eds.) 2000, pp. 55-62

³ Olivier Douville « Exclusion et corps extrêmes », *Champ Psychosomatique*, 35, 2004 pp 89-104

Champ de la naissance et de la mort

L'exclusion prend des formes différentes selon les époques qui avaient chacune des modes de traitement différents des populations en marge, parfois stigmatisées en tant que « classes dangereuses ». Il ne s'agit point en ce texte d'apporter une pierre supplémentaire à la sociologie de l'exclusion, mais de prendre au sérieux, au plan d'une lecture d'anthropologie clinique des subjectivités, ce que peut être cette dimension de « laissé pour compte ». D'autres que moi⁴ soutiennent que l'humain naît deux fois : la première fois comme bios, la seconde comme être du langage et des rites. Cette proposition rencontre sa symétrie dans les travaux de l'anthropologue Robert Hertz, élève de Mauss, lorsque ce dernier distinguait, en 1907⁵, la mort comme phénomène biologique et physiologique de la mort en tant qu'événement frappant le vivant humain et nécessitant une ritualisation. Cette dernière est la garante du passage, qu'à l'aide de la communauté des vivants, le mort franchira dans son trépas jusqu'au principe d'ancestralité qui concerne la symbolique collective. En résonance structurale, donc, sont situés cette seconde naissance et cette seconde mort. Pas davantage que le corps ne suffit au corps, que la naissance ne suffit à la naissance, la mort ne suffit pas à la mort. Cette seconde naissance et cette seconde mort font entrer le sujet dans la détermination sociale et l'ordre des discours garants de la continuité de la vie symbolique d'une génération à l'autre. Dans la nécessité de séparer le mort et le vif, l'humain invente ses mythes, bricole son langage et ses rites et tente de poétiser le monde.

J'indique ici une différence de vécu qui existe entre sentir en soi que l'obstination biologique de la vie insiste et se sentir vivant c'est-à-dire pris dans un désir de vivre.

De la nécessité de (re)lire Vexliard

J'opère maintenant une translation entre ces invariants anthropologiques, souvent bafoués par la psychopathie des guerres d'extermination et des ethnocides coloniaux, et le domaine socio-clinique que nous tentons d'explorer, puis de décrire. Le « laissé pour compte » serait ce sujet qui voit se dérober les insignes de cette seconde naissance, et qui, à partir de cette situation d'être mis en ségrégation, désabonné qu'il se sent être de la colle sociale ordinaire, peut néanmoins, pour un temps plus ou moins long, en un surgissement de dignité, retrouver un usage de la ritualité sociale minimale. Il en fut ainsi du pittoresque clochard ou du fantasque mendiant colorant de sa verve, fille souvent de l'ivresse, la vie trop assoupie d'un quartier. Cette figure, qui fut en bonne part déconstruite par le sociologue Alexandre Vexliard dans ses deux thèses publiées en 1956 puis en 1957⁶, désertait la vie des quartiers urbains centraux, s'isolait et se marginalisait graduellement.

Vexliard, donc. Regroupant de patientes et minutieuses études biographiques de cas « cliniques » et tout en ayant renoncé aux charmes relatifs de l'observation participante, qui ne donnait aucun résultat en raison de son aspect intrusif, Vexliard plaide pour une « perspective interactionniste » pour rendre compte de la dislocation des conduites sociales, variables selon les configurations psychologiques individuelles.

En somme, lisant Vexliard et prenant en compte les travaux et les apports conceptuels de Robert Castel (« la « désaffiliation ») et de Serge Paugam (« la disqualification sociale »), nous proposons de comprendre ce qu'il en est de la vie psychique des « laissés pour compte », faisant l'hypothèse d'une diversité des réactions de l'individu face à la menace tangible de vivre dans une situation de hors discours. Ladite population des grands exclus clochardisés est, de facto, une construction statistique, plaquée sur des groupes hétérogènes ou prédomine souvent, un

⁴ dont Marie Jean-Sauret « Quand la psychanalyse questionne l'exclusion sociale », *Travail social et psychanalyse*, Nîmes, Champ Social, 2005, pp 45-56

⁵ In « La représentation collective de la mort », Paris, Année Sociologique, X, 1907

⁶ Alexandre Vexliard dont la thèse principale, publiée en 1957 et rééd en 1998 s'intitulait *Le clochard. Étude de psychologie sociale* et la thèse secondaire *Introduction à la psychologie du vagabondage* édité en 1956.

redoublement de l'exclusion par l'auto-exclusion. Ce redoublement véritable culmen des effets psychiques mélancoliques de l'abandon, et qui se traduit par un abandon des relations vitales entre le sujet et son corps, n'est en rien spécifique d'un trouble mental particulier, ou d'un trouble unique. Il est le résultat de la conjonction entre les facteurs sociaux et les facteurs psychiques, et trop souvent, l'analyse qui privilégie l'un de ses groupes de facteurs ignore l'autre. On remarquera ici que la prudence dont fit preuve Vexliard à ne pas se consacrer à l'analyse d'un unique groupe de facteurs, si elle est en très fort écho avec la démarche complémentariste d'un Devereux est plus, pour le sociologue le fruit de sa lecture avertie de Margaret Mead.

Effets de l'exclusion sur le corps somatique et psychique

Ainsi Mercuel et Emmanuelli étaient concernés par les écrits des psychiatres français de la fin du XIX^e siècle qui, travaillant sur la mélancolie délirante, avaient inventé le dit « Syndrome de Cotard »⁷ ou « Délire d'énormité ». A pu également circuler lors de formations des personnels éducatifs et soignants organisés l'expression de « Cotard social »⁸. Je rappelle ici que Jules Cotard, qui avait énormément travaillé sur l'errance, notamment sur les « Juifs errants », est surtout connu à la fin du XIX^e siècle pour avoir décrit par le menu une terminaison jusqu'alors insoupçonnée à la mélancolie qui est le délire d'énormité et de négation d'organes. Quand ça pousse au paroxysme, le sujet énorme dont le corps est réduit à une masse compacte, se vit sans limites, non parce qu'il s'étendrait et s'épancherait de façon mégalomane de New York à Shanghai, mais parce que cette énormité s'explique par le fait que l'espace reflué sur lui et s'abat sur lui. Les sujets qui sont dans la souffrance du dit syndrome de Cotard ne sont pas situés dans un espace euclidien riche en points de perspective, ils sont dans un moment de catastrophe de l'espace où il n'y a plus de césure, de poche de respiration entre leur corps et l'environnement. L'environnement retombant sur leur corps, ils ne peuvent que dire qu'ils sont énormes. Quand on n'est pas très futé, on va se dire « mais pour qui se prend-il ? ». La réponse est ici d'une sécheresse inhumaine. Ces patients attestent que les organes des sens dérivent et s'évanouissent, et ils vous diront, anxieux puis indifférents, qu'ils n'ont plus d'ouïe, plus de bouche. Le corps du Cotard est anesthésié. Et celui de nombreux SDF et errants aussi. Emmanuelli n'en est pas revenu, Mercuel, non plus, et moi, bien sûr que non. Ces patients, si on leur retire les chaussettes, il y a un bout d'orteil qui vient avec. Une anesthésie morbide terrasse leurs sensations, leur intimité a foutu le camp. Et vous repérerez cet effet d'anesthésie du corps par la façon précise dont les sujets se logent et se recroquevillent dans les interstices de nos villes au point de devenir invisibles. Les choix doivent être précis. Ce n'est pas une seule et simple question de terminologie. Soit on fabrique toujours de la nosologie, soit on use du Cotard pour parler, cliniquement et anthropologiquement, du statut du fonctionnement du corps érogène et pulsionnel. Un corps est sensible au dire et son fonctionnement réputé naturel est lié aux dispositifs de reconnaissance, de parole et d'échanges dans lequel le sujet est situé. En ce sens, le modèle de Cotard acquiert une signification pour la psychanalyse et pour l'anthropologie clinique, et il ne peut se glisser comme une fiche d'observation dans un arsenal nosographique. Il indique à quel point la tenue du corps dépend aussi d'une batterie de signifiants logés dans l'Autre, et adressés au sujet, que ce dernier utilise

⁷ Qui, outre Cotard son découvreur a eu trois parrains : Régis, Camuset et Séglas (cf. Régis, Camuset et Cotard, *Du délire de négation au délire d'énormité*, Paris L'Harmattan, 1998)

⁸ Cf. Sylvie Zucca et Olivier Douville « Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ? À propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de dé-socialisation. », *Psychologie Clinique*, 17, 2004

pour se spécifier, se représenter et s'approprier sa densité corporelle. L'accent n'est alors plus porté sur un trouble du narcissisme, mais sur une subversion, par désertification de la présence signifiante de l'humain, de la relation du sujet à ses altérités. Saluons au passage l'audace de l'oxymore « Cotard social » car s'il y a bien une spécificité du syndrome de Cotard c'est que la négation de soi qui y est au premier plan découle de l'anéantissement progressif de toute altérité voisine ou transcendante. On voit clairement l'oxymore qui résulte de la jonction du « syndrome de Cotard » avec le terme de « social », dans la mesure où on voit mal ce qui reste d'un rapport social à autrui dans un tel syndrome s'il est pleinement réalisé à ne le considérer, bien entendu qu'au strict plan nosographique.

Que faire face à un rapport au corps tant dépersonnalisé que le champ de la parole semble considérablement atrophié ? Le corps anesthésié et meurtri est au premier plan. Il sature. Pour autant, il ne s'agit pas de déloger de la rue les SDF clochardisés pour les mettre dans un car, les doucher, leur donner un « en cas » et les remettre dans la rue. Il nous faut travailler dans la rue, être proches d'eux, passer des heures, parce que ici et là seulement ils vont nous demander, à nous qui faisons intrusion dans la forteresse poreuse de ce qui leur reste de monde, ce que nous faisons et ce que nous leur voulons. Ces interrogations fondamentales concernent notre place de soignant et notre envie de soigner, elles nous mettent face à ce qui en nous veut résister à la mise à la casse de l'humain. Nous nous situons au plus proche de ces forces psychiques qui survivent à une telle casse de l'institutionnalisation du bios dans le lien social. Il nous faut répondre à ces questions, oui, mais de quelle place le faisons-nous ? A qui nous interpelle rudement sur la légitimité de notre présence s'il est fait réponse par des dégoulinades de bons sentiments et de fausses évidences « altruistes », sans être présent à autrui et à nous-mêmes en tant que vivant et parlant en disant, par exemple des ritournelles farcies de bons sentiments et de péroraisons militantes, ces exclus, par dignité, iront vous envoyer au diable.

Chacune de ces personnes rencontrées nous confronte à nos zones de destructivité interne, et qui n'a pas taffronté de telles zones ne peut rien dire et rien faire.

Il s'est produit pour un grand nombre de ces dits grands exclus en déshérence dans les non-lieux de nos espaces une catastrophe affectant l'expérience physique et émotionnelle de l'espace. L'espace pourrait se refermer, se replier, les avaler. Bien socialisés, nous connaissons nos abris, nos demeures et avons pris, très tôt l'habitude de vivre dans un monde en trois dimensions, euclidien, au moment où il rencontre des personnes qui sont dans un monde caoutchouteux, topologique, qui pourrait se refermer sur lui-même au point même de les absorber, éprouve en lui-même une turbulence. Ce n'est pas seulement l'espace et le temps comme contenants qui se trouvent affectés par la perte (perte d'objets, de lieux et de liens), mais c'est le contenant lui-même du sujet qui a implosé.

Si ces hommes et ces femmes sont des survivants, ce n'est pas encore qu'ils ont réussi à ne pas mourir et à se protéger, c'est qu'ils conservent l'espoir qu'un autre proche et consolateur ait pu lui aussi survivre et se camper, vivant, dans le champ de l'expérience du monde vécu. Nous voilà à faire cas du « laissé pour compte » et à tenter en conséquence d'inventer et de valider des dispositifs d'accueil et de soin situés en dehors du silence que crée l'anonymat des murs des asiles. L'invention de dispositifs d'accueil, de rencontre et donc de parole fait se croiser immanquablement ce qui n'est qu'artificiellement disjoint, la clinique et le politique. Nos actions de terrain, nos dispositifs, notre position soignante, notre position accompagnante -pas simplement notre compétence mais notre désir de soignant- doivent avoir « droit de cité ». Il ne s'agit guère de s'occuper des « pauvres exclus » avec le cœur lourd de pitié et de compassion – si tel est le cas, il faut tout de suite changer de métier.

L'« habiter » et l'accès aux soins

La première question que je soulève est peut-être extrêmement simple à dire mais extrêmement complexe à creuser, à travailler. C'est celle de « l'habiter ». Qu'est-ce que ça veut dire

« habiter » puisque nous savons bien que plus un sujet se trouve mis hors circuit, plus il a un nom qui n'en est pas un : « SDF ». C'est un acronyme insultant qui veut dire « Sans Domicile Fixe ». La question de l'« habiter » a pu être traitée de façon expéditive, beaucoup trop expéditive. On en arrive pour soigner à ce que les logiques d'accueil et les logiques de soin se regroupent avec l'idée qu'il faudrait généraliser le modèle de l'hôpital.

Alors prenons un premier point : l'accès aux soins. Il est temps d'en finir avec l'idée que l'accès aux soins, serait d'aller prendre les grands exclus, les clochards délirants, les adolescents au bout du rouleau, les vieux enfermés dans leur appartement ..., d'aller les prendre puis de les mettre dans un lieu protégé comme l'hôpital. Ça ne marche pas. L'autre idée fausse serait de dire qu'on va créer des maisons, des logements pour mettre ces sujets dans des maisons. Ça ne marche pas non plus et il y a même des personnes qui préfèrent se laisser déprimer plutôt que d'être hébergées de force.

Regardons, plutôt comment se modifie les territoires des exclus. Telle femme, par exemple, s'était enfermée dans un amoncellement de cartons non loin des quais de Seine, là où ce n'est plus touristique. Nous allons la voir. Et régulièrement – et j'affirme là que les équipes doivent venir tous les jours, même si ce n'est pas toujours les mêmes personnes, les équipes doivent venir tous les jours –, et régulièrement, on voit cet amoncellement de cartons devenir un habitat, un peu comme une coquille d'escargot. Les ouvertures tiennent – avant c'était toujours fermé et bouché –, au fur et à mesure qu'elle nous parle, les ouvertures tiennent. Peu à peu, cette femme va nous accueillir au seuil d'un abri. Voilà ce que nous ne manquons pas de produire dans notre énergie soignante, nous accompagnons l'invention que telle ou telle personne se fait de ce qu'est un espace suffisamment ouvert et suffisamment fermé pour que l'accueil soit possible. Voilà, si vous avez un seuil, vous avez un abri – ce que vous avez construit avec elle, ce qu'elle a construit, c'est un seuil. Donc, quand je mentionne la notion d'accueil, une réflexivité s'impose en cela qu'il est bien question de la façon dont cette patiente, comme tant d'autres, donne lieu à une rencontre, fait place à l'autre, mais surtout trouve un lieu pour abriter la façon dont elle peut recevoir ce qui vient de l'autre.

Une figure des « laissés pour compte » : les jeunes errants

La question urgente de l'accès aux soins se trouve bousculée par l'exclusion sociale, lorsque cette exclusion se redouble d'une exclusion psychique. Pour le dire de façon expéditive il convient « d'aller vers ». De même il ne sert à rien d'attendre que les jeunes adultes et les adolescents en errance anomique, viennent frapper à la porte des institutions de soins médicaux et psychiques .

Les adolescents errants ne déambulent pas au gré du hasard. Leur errance suit des grandes voies. Il se trace des cheminements d'errance très particuliers. Un des grands axes est, par exemple, Saint-Nazaire-Paris. Or, il se trouve que c'est un axe qui coïncide avec l'histoire des déperditions des énergies et des forces économiques, j'ai fait le constat que les lieux de démarrage de l'errance sont souvent des lieux qui avaient connu une certaine prospérité, de la richesse produite mais aussi de la culture du travail⁹. Ce sont généralement des lieux où la culture ouvrière n'a plus fonctionné comme un mécanisme d'affiliation idéologique, au sens noble du terme, à des modes et à des valeurs. Ces lieux de paupérisation, où généralement les gens votent pour l'extrême droite, sont les principaux points d'où partent des jeunes errants. D'autre part, ces jeunes errants, nous les rencontrons là où ils ont arrêté leur errance, par exemple au pied d'usines désaffectées en ruine, dans des lieux qui ne sont pas complètement anonymes.

Apports de l'anthropologie du contemporain

⁹ O. Douville, *De l'adolescence errante* (éd. augmentée), Paris, Des Alentours, 2016

Quelqu'un pour qui j'ai un respect immense est Marc Abélès¹⁰, un anthropologue qui, comme beaucoup d'anthropologues, a fait l'expérience de son métier de chercheur sur un terrain lointain et un terrain proche (aujourd'hui, il est hasardeux de penser qu'il y a des anthropologues qui seraient des spécialistes des peuples lointains). Il a travaillé sur des territoires lointains et il fut le premier anthropologue à avoir été invité à prendre comme objet d'étude le Parlement européen. De son côté, le très regretté Marc Augé¹¹ qui connaît formidablement bien certains coins de la Côte d'Ivoire, fit des travaux remarquables sur le métro, sur les châteaux et à propos de ce qu'il a nommé les « non-lieux ».

Errance des jeunes et « non-lieux »

Il n'empêche, ce ne sont pas des non-lieux d'où partent les errants et ce ne sont pas non plus des non-lieux d'où ils s'arrêtent. Mais au bout d'un moment, comme par un effet de ricochet fatal, dans une mélancolie qui fait errer, ils redoublent leur errance par une pérégrination qui ne les mène strictement nulle part. Donc le schéma est assez simple : ils quittent un lieu qui est marqué par une ruine symbolique des rites du vivre-ensemble, c'est-à-dire un lieu marqué par une ruine symbolique de tout ce qui permet aux gens qui habitent là de se sentir acteurs de l'histoire -parce qu'il est si difficile de se sentir acteur du présent à qui a été volé de son histoire. Dans un deuxième temps, après celui d'un trajet peu ou prou orienté, ils échouent leur mouvement dans les non-lieux décrits par Marc Augé : les bretelles d'autoroute, les halls d'aéroport, les gares etc. Quand on rencontre ces jeunes personnes on les voit épuisés. Mais ces jeunes ne sont pas seulement épuisés de fatigue. Ils sont bien sûr fatigués, ils se nourrissent mal, ils prennent des produits toxiques, généralement de la colle, des solvants que ce soit à Neuilly-sur-Marne la petite banlieue ou à Montreuil l'autre moyenne banlieue qui sont sectorisées dans mon service de psychiatrie. Mais que ce soit également à Bamako, à Pointe-Noire ou à Kinshasa, ils prennent des produits qui abolissent en eux le contraste, c'est-à-dire la sensation de sommeil, la sensation d'éveil, la sensation de faim, la sensation de soif. De même, vont-ils fuir - et c'est du même mouvement - dans une espèce de glissement graduel où s'absente l'altérité du voisinage. De même vont-ils investir des lieux qui ne sont pas caressés par l'alternance du jour et de la nuit. C'est toujours alarmant de faire la rencontre d'un jeune qui préfère dormir dehors dans un non-lieu éclairé continument par l'artifice de la fée électricité. Leur vie prend la couleur uniforme des lumières artificielles (néons, etc.) sans que la couleur du monde s'orne de ces brisures et de ces encoches régulières du temps qui se fait jour, puis nuit. Dans le même temps, ces sujets perdent les usages élémentaires du corps, ce que l'on pourrait appeler la pudeur. Tout à trac, un jeune homme qui va de hall de gare en parking et de parking dans le métro m'apostrophe « mais moi, je n'en avais plus rien à faire de déféquer ou de pisser devant le monde ». Provocation ? Non mais abolition plus ou moins temporaire de cette dimension du vivant-parlant qui construit dans notre rapport à notre corps la possibilité d'un appel à autrui. Le corps alors se réduit à une fonction mécanique qui bouffe, qui recrache, qui pisse, etc. Le corps n'est plus installé dans le ballet humanisant des regards et des paroles. Donc, nous sommes alertés par l'arythmie et cette impudeur qui n'est en aucun cas une stratégie de provocation. Un corps sans abri est le lieu d'une espèce de pulsion qui peut se vider, au vu et au su de tous, car le sujet n'est plus intégré dans le récit du su et dans le drame du vu. Alors comment les rencontrons-nous ? Nous les rencontrons parce qu'ils nous sont signalés, et rarement par les services sociaux. Qui nous les signale ? Et bien d'autres errants, d'autres jeunes qui eux se posent et parfois s'agglutinent dans des lieux où les traces de l'humain circulent mais ne signifient plus grand chose d'un échange possible ; des lieux où l'on est trop pressé pour

¹⁰ « La vie quotidienne au Parlement Européen ». Paris, Hachette, 1992

¹¹ AUGÉ, M., « Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité ». Paris, Seuil, 1992

formuler les premiers mots non seulement de bonjour et d'accueil mais peut-être de surprise ; des lieux où trop pressé l'on perd une espèce de vision mentale de la détresse de l'autre. Je mentionne ici ces lieux où les gens passent, pour aller chercher la voiture, pour prendre le train, le bus ou le métro ou pour jeter dans la fente d'une boîte aux lettres un courrier qui importe. Et cela, c'est important car ces errants qui campent dans ces lieux-là ne sont pas dans la pire des errances. Ils font couple souvent avec des objets partenaires. La drogue est considérée comme un partenaire fiable, qui ne trompe pas car procurant toujours les mêmes effets. Puis un jour le produit toxique laisse indifférent, ça n'anesthésie plus, ça n'exalte plus, ça ne fait pas basculer non pas dans un rêve – au demeurant beaucoup des errants ne prennent pas des drogues pour rêver, ils prennent des drogues pour s'empêcher de rêver, c'est-à-dire pour faire de leur nuit une atonie totale dépourvue d'onirisme. Et lorsque le couplage avec l'objet drogue ne fonctionne plus, et c'est à ce moment-là qu'ils vont aller se réfugier dans un non-lieu, un territoire sommaire et étroitement balisé, prolongation étroite du corps. Ils peuvent avoir comme partenaire un chien le plus souvent. Considérons comment ils parlent de leur chien.

Le punk « à la crête d'Iroquois »

J'étais, il y a longtemps de cela mais cela me reste comme si c'était hier soir, à Rennes, en Bretagne, en France. Il y avait Place de la République - ce n'est pas rien « Place de la République » - aux abords de La Poste, un punk. C'était un punk dévergondé, impressionnant - ils peuvent être très impressionnantes - une crête d'Iroquois façon « Taxi Driver » avec une main qui puait tellement, elle était abimée par une blessure qu'il laissait se développer au point de corrompre son corps avec une possible gangrène. Il fallait l'hospitaliser et nous l'aurions fait de toute façon par une contention parce que, sinon, c'était de la non-assistance à personne en danger. Mais tout de même, à côté de lui, comment ne pas remarquer son chien, extrêmement propre d'une propreté impeccable, bichonné c'était un rottweiler d'une propreté impeccable. Que fallait-il faire ? Dire à ce grand dadais négligé, sans doute ayant pissé sur lui à plus d'une reprise, qu'il se trompait et qu'il faisait une erreur cognitive, et lui demander pourquoi il soignait son chien alors qu'il ne se soignait pas ? Vous imaginez très bien ce qui se serait passé, il nous aurait plantés là, en nous insultant. Alors je parle du chien, je lui demande comment va son chien... et j'entends toutes les fadaises d'usage : « *vous savez, les chiens, c'est bien, c'est meilleur que les humains* ». Je continue : « *Ah oui, c'est bien, votre chien vous aime bien, vous l'aimez bien, vous en prenez soin* ». Et il me dit cette chose extrêmement sidérante : « *J'entends mon chien, il est sympa parce qu'il rêve de moi* ». Ça, je vous assure, c'est assez original. Aussitôt, dans une espèce d'impatience infantile, notre stagiaire annonce : « *voilà un beau cas de psychose* ». J'ai beau secouer le D.S.M ou mes traités de psychopathologie, je n'ai jamais entendu parler de folie à deux avec un rottweiler. C'est peut-être parce que les psychiatres ne fréquentent pas assez les salons canins, je ne sais pas. Ce que je sais en revanche, c'est que, dans ces cas-là un sujet peut tout à fait déléguer ce que Freud appelait sa libido (non pas l'énergie vitale mais le désir de l'énergie vitale), sa psyché se projette sur un point extérieur qui se trouve être l'animal de compagnie. Cet adolescent tardif et monté en graine peut montrer non sans fierté qu'il prend soin de cette vie extérieure, celle de son chien, à laquelle il confie, sans délire, le soin de rêver à sa place. De sorte qu'avec un tout petit peu de bon sens, il me suffisait de dire que c'était formidable, qu'il est un type très bien, qu'il assure très bien la responsabilité qu'il s'est donnée de s'occuper de son chien mais que s'il laisse sa main dans cet état d'incurie, il ne pourra plus s'occuper de son chien, plus jamais le caresser. Trois minutes après, le type montait dans la voiture et se faisait soigner à l'hôpital. Nous avons donc un certain nombre d'errants qui placent leur dignité non dans le fait de prendre soin d'eux-mêmes mais de prendre soin d'une autre vie à côté d'eux-mêmes. Une autre vie...

À la rencontre des personnes qui désespèrent de la présence humaine

Lorsque nous allons rencontrer ces personnes qui désespèrent de la présence humaine, nous sommes face à une angoisse taciturne, morose, tous les jours recomposée comme une éternité sans durée... Lorsque nous allons les voir, eh bien nous ne sommes pas bien accueillis. « *Qu'est-ce que vous nous voulez ?* » La question est non seulement inévitable mais elle est indispensable. « *Qu'est-ce qu'on veut ?* » Pourquoi voulons-nous qu'ils fassent partie de ce que l'on appelle notre communauté humaine ? Pourquoi voulons-nous faire partie de ce qui en eux ne s'est pas complètement désabonné de la communauté humaine ? C'est une bonne question ! On ne saurait pas y répondre par des slogans, on ne saurait dire « tout simplement parce qu'on est des gens bien », ou parce qu'on veut veiller au bien social. Nul doute, nous sommes des gens bien, nul doute on veut veiller au bien social, ça nous donne notre petite originalité dans les temps que nous vivons où les faiseurs de bien sont rigoureusement attaqués par les politiques les plus haineuses qui soient et qui séduisent. Mais il est vrai aussi, que c'est sans doute plus à l'intérieur de nous-mêmes que nous avons besoin nous-mêmes d'être hébergés, que nous avons aussi la soif d'être accueillis. Nous n'avons pas tout simplement besoin de prêter assistance, mais nous avons besoin d'être reconnus comme faisant partie de la communauté humaine par ces « grands errants » et ces « grands exclus » qui les plus inhabités par de l'espoir qu'il puisse y avoir un autre humain proche et secourable.

Il m'arrive parfois de dire : « *vous savez, je ne suis là où vous êtes parce qu'il peut se passer quelque chose d'important pour vous et pour moi* ». Et ça alors, évidemment vous êtes attendu au tournant et surtout par les ados...

Le gamin de « Pointe-Noire »

Bien sûr, il peut y avoir des agences d'urgence - ça s'appelle l'« humanitaire »¹².. Quand vous êtes présent près de ces personnes, il faut se rendre compte qu'il y a des parties de leur corps qui ne sont plus investies. En particulier, et ce n'est pas seulement l'usage des drogues, le fait de se désabonner de la part humaine, de se désinvestir des sensations aussi simples que le froid, le chaud, la douleur. Je me souviens d'un gamin qu'on avait repéré à Pointe-Noire au Congo. Il s'était planqué dans une scierie désaffectée. Les lieux des errances, ce sont des lieux de la grande histoire orpheline qui n'est plus habilitée à peupler le présent. Cela ne sert à rien de dire à des adolescents qu'on rencontre « *Bonjour, je suis psychanalyste, parle-moi de ton papa, de ta maman* », ils vous envoient au diable et ils ont mille fois raison. Il faut qu'ils parlent de leur présent. Des adolescents de 13-14 ans, allez savoir l'âge de ces mômes dénutris qui, comme tous les errants, n'ont pas quitté un lieu mais un non-lieu. Ils sont partis d'un endroit qui les a vomis dehors. Un dehors sans promesse et sans perspective. Je reprends mon exemple de Pointe-Noire, ce gosse... Là aussi des blessures, des rixes avec les enfants dans la rue, avec des policiers qui ont le droit de tuer. On ne les ennuie pas s'ils tuent un enfant, ils ont tué un « nuisible ». On va discuter avec les gens du quartier, on veut soigner ce gosse... on négocie vraiment Les soins qu'on lui a fait ce sont des soins très douloureux, mais prodigues avec douceur. L'infirmier et le médecin sont de haute qualité dans cette équipe, une empathie profonde et sans esbrouffe, une compétence, une précision absolue. Les deux premiers jours de soins, le môme est impassible. Mais peu à peu la douleur affleure, dans ses mimiques alors que le traitement est d'un strict point de vue technique, nettement moins rude, moins intrusif. « *Je ne comprends pas* » dit le médecin. A quoi je réponds « *oui mais regarde, quand tu as commencé à travailler avec ce môme jamais tu n'as entendu sa voix, jamais tu n'as croisé son regard. Pendant deux jours, il était crispé à son parpaing et une planche. Aujourd'hui, il prend nos mains, c'est-à-dire qu'il a repris la gourmandise du sens et de la présence de l'autre. Et* »

¹² Une des premières fois où le mot humanitaire fut utilisé en France, c'était le nom d'un journal ouvrier en 1948 qui réclamait un peu moins d'heures de travail et le droit pour tout ouvrier de voyager

qu'à ce moment-là quelque chose de la douleur peut revenir. C'est bien, ce n'est pas une condamnation de ton geste mais c'est un appel ».

Voilà que le travail clinique avec ce jeune nous apprend. Il nous amène en pleine face que notre rapport tranquille, un peu pépère, à notre corps, à notre identité, à notre langage, et à ce qui fait abri, ça n'a rien de naturel. Nous retravaillons peut-être toutes les félures internes sur ce rapport au corps, au langage, sur ce rapport à l'abri en travaillant avec ces personnes. Il faut qu'ils aient reconstruit quelque chose de leur intégrité, de l'image du corps, avant de songer de les faire entrer dans un parcours de soins qui prendrait le relai de l'art d'aller vers eux.

Alors ces errants, ces « laissés pour compte », ces sans-abris, pas sans maison seulement mais sans l'abri de la douce voix humaine... la plupart de ceux que nous rencontrons ne sont pas toujours aussi seuls. Ils ont toujours quelqu'un dont ils s'occupent. Ils s'occupent toujours de quelqu'un. D'un animal, d'un autre qui va plus mal qu'eux. Ils peuvent très bien nous dire « occupez-vous plutôt de cet autre ».

Discussions des données et préconisations

Que ce soit en Afrique, ou en France, où que ce soit, la question « des laissés pour compte » est viscéralement liée à la question d'un accès aux soins qui ne peut être valable que si on invente des dispositifs au plus près de ce rapport minimal du sujet à son corps, à sa parole, au langage et à un autrui. Il faut des équipes mobiles, des lieux de parole dans la cité. Il faut inventer ces dispositifs. Il faut être dans les foyers de réfugiés, pas leur donner rendez-vous à l'hôpital même s'ils sont en crise d'angoisse très vive et qu'ils ont besoin de valium.

Première préconisation : toujours veiller à ce que nous menions un clinique du cas singulier sans jamais confondre singularté et isolation ; nous devons comprendre au plus comment un sujet se construit un monde avec d'autres, avec un environnement, y compris avec les produits « toxiques ». Nous devons entendre l'expérience émotionnelle de l'espace et du temps, et définit avec lui ce qui lui reste de ce capital de socialisation qui nous incluera comme partenaire de façon brusque et souvent plus rapide qu'escomptée.

Deuxième préconisation : créer des dispositifs intermédiaires, lieu d'accueil et d'hébergements transitoires qui permettent des mises à l'abri et une immersion dans un lien social marqué par des temporalités et des rythmes communs, des règles du jeu, des échanges possibles

Nous ne pouvons supporter qu'un nombre de plus en plus croissant d'hommes et de femmes soit des laissés pour compte sans droit de citer, pas plus que nous ne pouvons et devons supporter que nos inventions de dispositifs soient laissées pour compte sans droit de citer. Notre action clinique fait de nous des acteurs politiques c'est à-dire des acteurs qui ont un impact sur la polis (en grec la cité) et ne réduisent pas les exclus à des malades (même si la douleur de vivre est proche de l'insupportable) mais à des figures politiques du sacrifié. Ce à quoi nous objectons en esprit et en acte, ne seraient-ce qu'en faisant notre et en les appliquant les deux préconisations supra.

Conflits d'Intérêt

Bien que l'auteur soit rédacteur de cette revue, il n'a joué aucun rôle dans la révision et la prise de décision de cet article.

Références

Abélès, M : *La vie quotidienne au Parlement Européen* . Paris, Hachette, 1992

- Augé, M. : « Non-Lieux, Introduction à une anthropologie de la surmodernité ». Paris, Seuil, 1992
- Douville, O. "Exclusion et errance ", Health Systems and Social Development: an alternative paradigm in health systems research. Brussels, European Commission publications. J. Le Roy & K. Sen (Eds.) 2000 : 55-62
- Douville, O. : « Incidence de la grande exclusion sur la psychologie de l'enfant et de l'adolescent », Conférence donnée à l'Université de Psychologie de Ouagadougou, mai 2006, <https://www.olivierdouville.com/articles/incidence-de-la-grande-exclusion-sur-la-psychologie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
- Douville, O. : « Enfants et adolescents sous la guerre. Figures modernes du meurtrier et du sorcier », Guerres et Traumas, Paris, Dunod, collection "Inconscient et culture", 2016, p. 177-206
- Douville, O. : *De l'adolescence errante* (éd. augmentée), Paris, Des Alentours, 2016
- Emmanuelli, X. , Frémontier, C. : « L'exclusion et les difficultés du décodage » in *La fracture sociale*, Paris, PUF coll. « Que sais-je ? », 2002
- Herz , R. « La représentation collective de la mort », *Paris, Année sociologique*, X, 1907
- Paugam, S. : « La disqualification sociale : statuts, identités et rapports sociaux des populations en situation de précarité économique et sociale », Thèse de Doctorat en Sociologie EHESS, Paris, EHESS, 1^{er} janvier 1988,
- Sauret M.-J . « Quand la psychanalyse questionne l'exclusion sociale », *Travail social et psychanalyse*, Nîmes, Champ Social, 2005, pp 45-56
- Vexliard, A. *Le Clochard*, Paris, Desclée de Brouwers, 1998
- Zucca, S. et Douville, O « Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ?À propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de dé-socialisation. », *Psychologie Clinique*, 17, 2004, pp 61-69

2025 DOUVILLE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.