

## Que nous apprend le contact avec les personnes sans domicile fixe en matière de réactions post traumatiques ?

Dr. Sylvie Zucca, Psychiatre – Psychanalyste, Paris –  
Réseau « Souffrances et Précarité » Hôpital Esquirol –94

*« ..Peters et moi nous fûmes complètement remis de nos dernières privations et de nos terribles souffrances, et bientôt tout le passé nous apparut plutôt comme un rêve effrayant d'où le réveil nous avait heureusement arrachés, que comme une suite d'évènements ayant pris place dans la positive et pure réalité. J'ai depuis lors eu l'occasion de remarquer que cette espèce d'oubli partiel est ordinairement amené par une transition soudaine soit de la joie à la douleur, soit de la douleur à la joie, -la puissance d'oubli étant toujours proportionnée à l'énergie du contraste. Ainsi, dans mon propre cas, il me semblait maintenant impossible de réaliser le total des misères que j'avais endurées pendant les jours passés sur notre ponton. On se rappelle bien les incidents, mais non plus les sensations engendrées par les circonstances successives. Tout ce que je sais, c'est que, au fur et à mesure que ces évènements se produisaient, j'étais toujours convaincu que la nature humaine était incapable d'endurer la douleur à un degré au delà... »*

Edgar Allan Poe « *Les Aventures d'Arthur Gordon Pym* »

Les personnes vivant dans la grande précarité sont des personnes qui ont très souvent connu un passé particulièrement lourd en traumatismes de toutes natures : le passage à la rue consiste alors en un ultime moyen de vivre, au prix d'une rupture parfois irrémédiable avec tout projet d'insertion familiale, sociale, et même thérapeutique. Les modalités de rupture vont de la simple fugue à l'exclusion de la personne par le tissu environnant.

Ce processus de désocialisation est aujourd'hui important, et donc très inquiétant. On compte aujourd'hui à Paris près des milliers de SDF. Parmi ces personnes, beaucoup d'hommes et de femmes d'origine étrangère, maghrébines et africaines. Certains ont la nationalité française, d'autres sont en situation irrégulière, c'est à dire sans permis de séjour. Parmi ceux-là, de plus en plus de familles sont repérées, sans ressources, dans la rue, attendant de l'aide pour se nourrir et savoir où dormir.

D'autres sont françaises, ont connu, jusqu'à la coupure d'avec leur lieu d'ancrage, un mode de vie comme d'autres : logés, en famille, ayant mené une vie professionnelle ; d'autres n'ont connu que le RMI, leur octroyant un minimum garanti de financement sans travail ; d'autres, enfin, sont malades, notamment malades psychiatriques, vivant leurs délires dans la rue, plutôt que dans des hôpitaux psychiatriques en perte de vitesse en ce qui concerne les possibilités de séjours hospitaliers au long cours.

Notre équipe, constituée de psychiatres, infirmiers psychiatriques, assistante sociale, travaille auprès de ces personnes errantes, notamment auprès de celles qui posent problème aux travailleurs sociaux. Ces problèmes sont variés, et vont de l'agitation, en passant par toute la séméiologie des troubles psychiatriques, notamment psychotiques, à l'apragmatisme le plus profond des états gravement dépressifs et mélancoliques. Mais nous voyons également des personnes, ne présentant pas de pathologie avérée, qui souhaitent être en lien avec l'un d'entre nous, ce qui n'est pas rare aujourd'hui, après cinq ans de pratique de terrain.

Parfois, la rue est devenue pour ces personnes le véritable lieu de vie - de survie ? - depuis des mois, des années.

Notre travail auprès d'eux est difficile, dans la mesure où plus le temps a passé depuis cette « installation » à la rue, plus il est difficile d'avoir accès à un échange authentique, je dirais d'un psychisme (le nôtre) à un autre (celui de la personne). En effet, à la longue, c'est précisément le travail de remémoration autour de ce ou ces traumatismes qui aura été quasiment annulé, comme si il avait fallu avant tout, oublier tout, par un processus devenu de plus en plus confus avec le temps et l'alcool.

Cette temporalité particulière, ces souvenirs fragmentaires dont E.POE nous parle si justement, cet oubli partiel amené par les transitions d'un état de douleur à un état de joie, ces allers et retours entre passé et présent des images et des souvenirs semblent, chez nos SDF, avoir été bannis - en tous cas, ils sont très peu apparents. La tentative d'organisation d'un mode de survie dans l'errance, dans laquelle il s'agit de pouvoir affronter des codes nouveaux, ceux de la vie à la rue, faisant office de lois plutôt archaïques et bien différents des nôtres, semble avoir comme corollaire nécessaire « l'oubli total » de la vie vécue avant la rupture.

La différence d'avec d'autres populations ayant connu des traumatismes importants, se situe véritablement à deux niveaux : d'a bord, il s'agit chez eux plus que d'un traumatisme unique, récent, dont la violence peut être d'emblée reconnue par la société - d'une multiplicité de traumatismes non cicatrisés et souvent très anciens (abus sexuels dans l'enfance, parents alcooliques, en fants battus, etc..) souvent réactualisés par une rupture familiale ou sociale récente ; ensuite, la survie dans un hors cadre, la rue, sans projection possible dans un avenir personnalisé, comme « traitement » du traumatisme apparent - donne évidemment un caractère très particulier au décodage de ce qui a pu être en question, justement, dans la dégringolade à la rue. Le temps qui s'écoule au jour le jour dans ce contexte de haute précarisation, n'est pas un temps dans lequel passé présent futur s'entrecroisent.

On imagine aisément que cela ne favorise guère le travail d'élaboration des traumatismes précédant l'arrivée à la rue... Le refoulement devient petit à petit annulation, et surgit un rapport très immédiat au langage et aux échanges : seule l'immédiateté est privilégiée, greffée toutefois d'une vague remémoration approximative de la dernière boucle du traumatisme, parfois réitérée sous forme de vague romance automatique, (« j'ai perdu femme et enfants dans un accident de voiture ») sans qu'on ne puisse être bien certain qu'il s'agisse là d'une réalité à chaque fois authentique, mais qui, par la spectacularité de l'effet d'annonce, clôt tout approfondissement possible du dialogue ; au temps subjectif de la remémoration se substitue un temps répétitif anonyme, dans lequel les préoccupations vont petit à petit se restreindre au maintien de la survie et à la quête d'alcool ou d'autres toxiques, et les échanges se formulent autour d'aides pratiques ou de demandes ponctuelles, quand il ne s'agit pas de revendications.

Pour qu'un traumatisme puisse être évoqué, sans dommage, il y a nécessité pour la personne de se sentir en sécurité, en confiance et installée dans une relation humaine - professionnelle dans notre cas - qui s'inscrive dans la durée et l'empathie. Mon expérience de psychanalyste en cabinet m'a appris que c'est la personne elle-même qui choisira et l'interlocuteur, et le moment ad hoc pour évoquer ces événements si particuliers, qui ont souvent donné à la vie de la personne une tournure si déterminante, mais qui, au fur et à mesure du temps qui passe, donne également à entendre une autre lecture d'autres événements vécus, moins spectaculaires, d'avant le traumatisme, ou autour de celui-ci. Les critères de confiance qui permettront d'évoquer les remaniements provoqués par le traumatisme récent sont inscrites dans la dimension transférentielle/contre transférentielle. Ainsi une femme qui venait d'être violée m'expliquait qu'elle ne pouvait parler avec la psychanalyste précédente, parce qu'elle avait le même parfum que sa mère. Aucun psychiatre, aucun psychologue, aucun psychanalyste n'est uniformément « la bonne personne », tant cette dimension est complexe à définir et s'inscrit dans des paramètres très peu objectifs. Cela pour dire aussi qu'à mon avis, un même traumatisme ne renvoie pas aux mêmes blessures chez chacun, ni aux mêmes soins, ni aux mêmes durées de prise en charge, ni ne s'adresse uniformément à la même personne.

Telle jeune femme, récemment sortie blessée mais vivante d'un attentat meurtrier dans un pays en guerre, rapatriée en urgence, pleurait de voir que son père n'acceptait pas pour autant son futur mari. Ce père avec qui, depuis son enfance, elle avait eu de grandes difficultés relationnelles

ne semblait pas capable, malgré la gravité de la situation, de faire un pas, une ouverture vers elle : ce qui l'aurait sans doute immédiatement réconfortée. Mais en même temps, cette plainte formulée à l'encontre de son père était sans doute une manière à elle de déplacer et déployer l'effet du traumatisme de l'attentat dans lequel elle a miraculeusement survécu.

Mais revenons à la population dont il est question ici, et à ses particularités. Un des risques de l'annulation radicale des traumatismes que nous y constatons parfois réside selon nous, dans le fait que l'éviction du passé douloureux risque de se payer d'une annulation d'une projection possible dans le futur. « La douleur à un degré au-delà » dont parle E.Poe est peut-être bien ici en jeu. C'est là que les choses deviennent complexes, et que notre position thérapeutique est terriblement délicate. Car quelle peut être notre marge de manœuvre, si nous mêmes ne nous sentons pas étayés par une conviction sociétale forte, qui consiste à donner à ces populations d'autres perspectives qu'un seul assistanat de première urgence : comme si alors, nous restions irrémédiablement, nous aussi, soignants, accrochés à la première phase du traitement suivant un choc : les soins primaires, les pansements, sans passer au stade suivant, qui est celui de l'épreuve ; l'épreuve de l'autonomie face à des enjeux où la personne va devoir ré-affronter la dimension de l'altérité, dans un processus simultané de cicatrisation du traumatisme. Un peu, comme si, face à un enfant qui pleure après sa première chute en vélo, nous savions qu'il faut vite le remettre sur son vélo, mais sans plus avoir de vélo sous la main. C'est à ce niveau, selon nous, que le secteur associatif est piégé, si n'existe pas en aval de volonté gouvernementale, étatique, claire, sur l'utilité, voire la rentabilité - excusez-moi d'employer des mots si secs, mais c'est bien de cela qu'il s'agit - de s'intéresser au devenir de ces laisser-pour-compte dans la société. Des organismes, associatifs très souvent, tels le Samu Social, avec lequel nous travaillons en lien serré, font un magnifique travail de sauvetage et de veille sanitaire auprès de ces personnes. Notre travail de psychiatre psychanalyste, notre formation - nous amène à nous poser des questions, sur les effets possiblement pervers de ces actions, envisagées comme **seuls** moyens d'action auprès de ces grands naufragés de la vie.. Ces questions pourraient se résumer ainsi : que devient « l'actualité » du ou des traumatismes, une fois cette assistance primaire fondamentale (les protéger de la faim, du froid, du chaud, des maladies) leur a été délivrée ? Comment éviter que cet assistanat ne se transforme en grand sein maternel archaïque, laissant trop de côté la mise à l'épreuve vitale de chacun de ceux qui auraient le droit de n'être pas considérés que comme seules victimes ou déchets ?

Nous pensons donc qu'il est indispensable de restaurer un minimum de cadre auprès de la personne afin de prétendre avoir accès à autre chose, à de vrais mouvements psychiques, au-delà de ce vernis d'adaptation voire d'hypertrophie d'adaptation à cette vie régie par l'absence de passé et d'avenir.

Ce travail semble possible quand la personne n'est pas dans la rue depuis trop longtemps, mais au bout de quelques temps, il apparaît vain, tant les affects, comme la honte, l'envie, les regrets, les remords, semblent bannis car trop douloureux. Il est probable que des bribes de remémoration avaient commencé à avoir lieu à un moment, pas trop lointain du moment de la descente.

Mais d'une fois sur l'autre, différemment, à un moment T, il semble que tout lien entre durée, pensée, actes, décision, se dissolve littéralement. En quelque sorte, le sujet, après un vécu particulièrement dur, soumis à de trop fortes exigences de survie, « choisirait » par défaut d'organiser ce qui lui reste de pulsion de vie dans la gestion de l'immédiateté, rejetant tout affect risquant d'être associé à une pulsion mortifère l'empêchant de se battre au quotidien de sa « nouvelle » vie ; mais du même coup, il se met en risque de renoncer en quelque sorte à lui-même, laissant au placard tous les aléas de la subjectivité, qui fait de l'humain un être en proie à ses contradictions, ses divisions, ses doutes, pour y substituer l'anesthésie psychique de l'alcool et la déchéance physique progressive. Peu à peu, on assiste alors à une mise en quarantaine de tout processus de position singulière.

Cette oblitération de la pensée et des affects est la conséquence d'un long processus, dans lequel l'agir pulsionnel a souvent pris le devant sur la capacité de travail de restauration psychique. Cet agir pulsionnel est consécutif à de trop grandes frustrations, de trop grands dommages affectifs, des carences trop répétées dans la permanence de liens depuis l'enfance, en ce qui concerne la population que nous suivons. Cet agir se manifeste soit par de la délinquance, soit par une

dépendance à un produit (alcool, drogues, médicaments psychotropes), soit par des manifestations psychiatriques bruyantes, mais cet agir peut aussi ne pas exister, auquel cas l'abandon de la subjectivité se manifeste par ces grands tableaux dépressifs ou mélancoliques auxquels nous avons à faire dans notre pratique, tout aussi inquiétants, voire plus, tant le lien est alors difficile à mettre en place.

Beaucoup de ces personnes ont connu dans leur jeunesse des processus d'abandon, de deuils qui semblent n'avoir pu se cicatriser ; et c'est parfois à l'occasion d'une ultime déception qui peut sembler mineure pour l'observateur, que le sujet décroche littéralement, comme si le maillage social, affectif, qui soutient chacun d'entre nous dans chacune de nos vies, ici, déjà pas mal troué, se déchirait irrémédiablement, sans plus d'espoir pour la personne de pouvoir s'y accrocher en quelque lieu que ce soit. Il n'y a pas de traumatisme particulier en tant que tel -je mets à part la question des réfugiés ayant été victimes de tortures - chez ces gens. Cela serait plutôt une série de ruptures, de traumatismes cumulatifs, touchant simultanément l'enfance, la situation familiale (séparation, abandon, divorce), sociale (perte d'emploi, ou perte d'activité de toute une région) et renvoyant la personne à un isolement d'être humain atomisé sans autre repère qu'une réalité brute, dont semble s'être évanouie toute dimension d'accroche collective.

C'est peut-être à ce niveau que peut surgir un embryon de réponse à ma question récurrente « comment est-ce possible, dans un pays si riche, qu'un tel processus massif de désocialisation soit en cours ? » : une perte des réseaux spontanés de solidarité, au prix d'un libéralisme forcené dont le mot d'ordre est la réussite individuelle primant sur tout autre objectif, dont le corollaire inverse est l'intolérance et le rejet.

Seul élément venant entamer cette indifférence : la mort scandaleuse qui vient faire traumatisme en effet boomerang sur la société : un SDF de trop qu'on retrouve mort, 12000 personnes âgées qui meurent d'un grand coup de chaud - et enfin, la culpabilité collective qui se substitue- pour un temps seulement- le temps de la boucle du trauma collectif- à l'indifférence, avec le « plus jamais ça » devenu maintenant formule habituelle et banalisée dans ces situations. Se mettent alors inéluctablement en place les promesses de prévention à venir de tels drames, qui visent à aider justement le processus de réparation inclus dans le travail de deuil collectif. Mais il est à craindre que ces promesses ne correspondent à rien de bien authentique concernant l'attention à la souffrance des personnes en péril si elles ne mettent pas en jeu une authentique remise en question de notre manière, en France, de prendre soin au vrai sens du terme, des populations fragiles, autrement que par une seule médicalisation trop facile ou quelques mesures démagogiques. Prendre soin d'elles, c'est à dire leur permette de prendre soin de leurs blessures parfois invisibles et écouter ce qu'elles ont à nous dire, par exemple, du degré de désert affectif dans lequel elles vivent.

Il existe un point commun entre ces personnes âgées qui sont mortes par milliers en France par ce chaud mois d'août, et nos personnes qui vivent dans la rue : le silence les a tuées : le silence que l'exclusion engendre peu à peu, insidieusement, rassurant les bonnes consciences parce qu'à priori justement loin des bruits médiatisés, de la violence apparente, du traumatisme évident immédiatement retransmis sous formes d'images dans le monde entier et qui nous font oublier l'invisible.

Ce détour par l'actualité française récente de ce mois d'août me permet de revenir sur la question de l'approche particulière de ces traumatismes silencieux, non verbalisables d'emblée, pour oser cette hypothèse : plus des catégories de populations sont exclues massivement du champ de la dette sociale, même si elles sont assistées, plus elles se sentent inutiles, moins leur propre travail -car c'est un vrai travail - d'élaboration de leur propres cheminements, passés, actuels et à venir - restera muet : car tout cela suppose une adresse, un destinataire. Nous pouvons, en tant que professionnels, être passeurs, sauver des existences, sans aucun doute. Mais au bout d'un moment, le cadre mis en place dans l'urgence et la post-urgence ne suffit plus, même s'il reste toujours aussi fondamental et nécessaire, tant le lent déroulement du ou des traumatismes suppose une réorganisation du temps psychique en durée, perspective, possibilité de rêverie, quand cela n'est déjà pas trop tard.

Mais qui peut entendre cela ?