

*Avec l'autorisation de Psychologie Clinique (Paris, l'Harmattan)  
et de son directeur de publication, O. Douville*

Psychologie clinique n°14,  
« Actualités des cliniques addictives » »,  
automne 2002

## L'ivresse de la rue

*Georges Nauleau, Praticien Hospitalier, Réseau Souffrances et Précarité, Dr. X. Emmanuelli, Hôpital Esquirol*

*Sylvie Quesemand-Zucca, Psychiatre, Réseau Souffrances et Précarité, Dr. X. Emmanuelli, Hôpital Esquirol,*

### Résumé

Les auteurs proposent une approche de l'alcoolisation chez des SDF, ils mettent l'accent sur l'indissociabilité entre alcoolisation et mode de vie à la rue et, ayant dégagé les fonctions psychiques de cette alcoolisation massive, ils proposent des hypothèses portant sur des modalités institutionnelles de soin.

### Mots-clefs

Alcoolisation ; exclusion ; rue ; SDF

Il est très rare pour nous, équipe mobile de psychiatrie<sup>1</sup>, de rencontrer une personne, installée dans la rue ou y est juste de passage, qui n'ait pas de difficultés avec le « compagnon » alcool. En effet, la plupart des SDF ont maille à partir avec lui, très sévèrement, qu'il s'agisse de patients porteurs de pathologie psychiatrique, ou d'hommes ou femmes errants, sans problématique psychopathologique avérée apparente - si ce n'est celle liée à une thématique quasi récurrente: l'abandon.

Nous n'interrogeons pas ici la responsabilité de l'alcool à avoir précipité la personne à la rue. Toutefois, dans les récits de vie que nous écoutons, l'alcool surgit comme un acteur décisif, voire même un metteur en scène de la destinée : « ma femme m'a viré, alors je me suis enfoncé et l'alcool a fait le reste » nous est-il souvent rapporté . Divorce, perte d'emploi, accident suivi d'invalidité, deuils cumulés, sont en effet des évènements quasi récurrents dans ces histoires de vie où se sont accumulées cassures, fractures. Elles s'emmêlent les unes aux autres dans une chronologie chaque fois singulière, mais amènent à un moment ou à un autre sur la scène, l'alcool. La conduite alcoolique est alors littéralement personnifiée, comme si une autre personne avait alors agi en place et lieu du sujet, le dominant de sa toute puissance et endossant de fait la responsabilité de la déchéance et de l'anéantissement de l'homme ou de la femme qui nous parle de lui, d'elle, de ce qu'il ou elle veut bien nous dire de son histoire. L'alcool est également convoqué au titre d'une conséquence inéluctable à

---

<sup>1</sup> Le Réseau Souffrance-Précarité est une Unité de psychiatrie, son activité repose sur une équipe mobile qui va à la rencontre des personnes en grande exclusion, que ce soit dans la rue ou dans les Centres d'hébergement de jour et de nuit

l'arrêt d'un processus toxicomaniaque (psychotropes, drogues) - prenant alors le rôle du garant du sevrage. Mais surtout, il est posé comme mode de vie obligé de la rue.

Tout ceci nous est confié, il est important de le rappeler, avec plus ou moins d'explications, de justifications, alors que nos interlocuteurs sont sous l'emprise de l'alcool..

« Dans la rue, on ne peut pas ne pas boire » nous disent-ils tous. Peu importe la quantité ingérée, dès l'instant que les effets attendus se font sentir, effets essentiellement traduits par l'expression « se laisser partir ».

Pour les SDF, il existe un prosélytisme groupal autour de la boisson. L'alcool fait tenir une forme de pseudo-lien. Son caractère quasi initiatique, l'offre du produit comme préliminaire à toute sociabilité, à toute rencontre - voire à toute survie - sont pêle-mêle évoquées. On ne refuse pas ce code de fraternisation, surtout lorsqu'il est offert, qui consiste à boire un coup, ou plusieurs, ensemble.

Il faut ajouter à cela la pression des habitués du quartier ou des passants, qui, supposée bienveillante, se manifeste plus souvent qu'on ne le pense par l'offre d'une bouteille d'alcool. Là aussi, l'acteur alcool s'intègre à la représentation imagée et mise en acte par ce don, du personnage SDF tel que nous nous le représentons : un SDF est forcément alcoolique, il est souvent en état d'ivresse.

Monsieur G., abstinant après dix années d'alcoolisation massive à la rue, garde encore en lui le souvenir très vif et agréable d'une dame âgée qu'il aidait à porter ses courses: elle vivait au deuxième étage d'un immeuble situé face au square dans lequel il s'était établi et, en guise de remerciements, elle lui faisait régulièrement parvenir, par un fil, une bouteille de vin. Ce scénario a duré plus d'un an, durant lequel monsieur G, soumis ainsi aux délices d'agapes quasi divines – le vin qui tombe du ciel - a pu profiter d'une telle générosité ! A aucun moment cette dame ne s'est préoccupée des conséquences possibles de son geste sur l'état déjà bien avancé de l'ébriété de ce monsieur.

Mais l'argument majeur, quasi incontournable, que nous entendons dans la rue est que l'alcool est la seule aide qui permette de supporter de faire la manche. L'état second que provoque son ingestion provoque une mise à distance de la honte à devoir tendre la main, agissant à la fois comme un profond désinhibiteur et un puissant anesthésiant.: il devient alors possible de demander de l'argent, de supporter le regard du passant, de s'exposer soi et son corps. La parole, la capacité à interpeller autrui sont alors libérées. Il s'agit de coller le mieux possible à la représentation attendue du SDF sans ressources, cherchant à susciter sollicitude ou compassion face à l'évidence exposée d'une certaine déchéance, ou plutôt d'une déchéance certaine si aucune pièce de monnaie n'est donnée.

L'alcool permet alors aussi de supporter l'apathie que demande l'immobilité prolongée dans la rue, ces longs moments à même le sol sans bouger sous peine de se faire voler sa place par un autre. L'état d'alcoolisation fait passer le temps qui permet de gagner ainsi suffisamment d'argent pour s'approvisionner à nouveau d'alcool : le cercle vicieux, infernal est tracé. La fonction anesthésiante permet une mise à distance de la violence de la rue, tout comme elle met à l'abri de la peur des agressions, qu'il s'agisse d'agressions humaines ou d'agressions sensorielles : froid, faim, douleurs, démangeaisons, etc. L'évitement de la pensée produit par l'état second est aussi très fréquemment évoqué comme une protection majeure, gage de survie immédiate.

Dans ce contexte très particulier de notre rencontre avec les SDF dans la rue, les constatations que nous faisons rejoignent celles décrites depuis longtemps par tous les « psy » confrontés à l'alcoolisme chronique: il n'est jamais question, si ce n'est à titre d'exception, de vie intérieure, de pensées liées à une histoire, de souvenirs du passé; le risque d'émergence de manifestations d'angoisse est soigneusement évité, tout comme tout ce qui pourrait se rapprocher d'un écho lointain d'une vie fantasmatique. L'anesthésie psychique est à son degré maximal et l'on peut dire qu'à la rue, la recherche de la prise d'alcool est le but ultime de

toute quête quotidienne. Cette place de garant de survie que procure l'alcool assure au SDF sa raison de continuer à se donner tous les moyens, au quotidien, pour pouvoir demeurer sous son emprise, au risque de sa vie. A ce titre il occulte tout autre besoin élémentaire : se protéger contre le froid, manger, dire qu'il souffre d'une plaie purulente. Le coma éthylique réalise alors l'inévitable passage obligé de cette anesthésie à la fois souhaitée mais non contrôlée.

Cette présentation plutôt sombre des effets de l'alcool sur les SDF à la rue est importante à préciser pour qui est confronté à ces populations, parce que l'alcoolisation massive et répétitive limite considérablement tout ce pourrait nous permettre un accès à leur vie psychique réelle. Nous restons en surface, sans pouvoir approcher ni saisir un quelconque noyau de vérité subjective. Sinon, à trop vouloir cerner l'informe à ce stade de la rencontre et surtout dans ce lieu de la rue, nous risquons de mettre en place de pures spéculations dominées par nos préjugés et nos propres éléments contre-transférentiels de réaction au discours énoncé alors.

Une conséquence fondamentale de ce constat est que l'idée de l'arrêt de l'alcool, omniprésente dans notre tête de soignant, n'est quasiment jamais envisageable dans la rue pour un SDF. Certes, cette idée y est fréquemment énoncée - « je dois arrêter de boire », mais le plus souvent il s'agit d'une ritournelle destinée à clouer le bec à notre désir de soignant et à clore l'entretien.

La situation se présente tout à fait différemment dès lors que nous menons nos entretiens dans l'enceinte relativement protégée des lieux de repos médicalisés (lits « infirmiers où sont soignés les SDF porteurs de lésions nécessitant des soins, mais ne justifiant pas pour autant l'hospitalisation). L'immobilité obligée loin de la rue, les soins apportés sur le corps au quotidien par des infirmiers, la perception de la douleur, la rencontre avec les soignants et les autres blessés constituent un sas protecteur probablement très étayant. Il est probable que l'obligation d'être propre, lavé, soigné, pansé joue un rôle majeur dans cet état de réassurance et de re-narcissisation. Nous ne faisons aucune constatation de ce genre dans les centres d'hébergement d'urgence dans lesquels les SDF s'entassent le soir, non sans angoisse. C'est donc bien la question individuelle du soin, du prendre soin aussi qui se joue d'emblée dans cet apaisement.

Dans ce cadre « optimal », la plupart des patients se rendent compte qu'il n'est pas si douloureux de ne plus boire. Le sevrage physique est désormais facilité par une aide médicamenteuse efficace et plutôt bien contrôlée. Nous sommes toujours étonnés de la transformation, voire de la métamorphose de nos patients au bout de quelques jours de soin, en comparaison de l'état manifeste d'abandon dans lesquels nous les avons trouvés quelques jours auparavant dans la rue. Peut-être même pouvons-nous dire que « c'est trop beau pour être vrai », que ce sevrage s'est trop facilement réalisé. Alors même que sont verbalisées avec conviction de nouveaux projets de vie, que des plans sont immédiatement dressés, des résolutions d'abstinence, des démarches de réinsertion énoncées sans faille et avec un élan qui finit par être contagieux (« et si cette fois -là était la bonne ? se dit alors le soignant ») force nous est de constater que rechutes et abandons de soins sont monnaie courante.

A ce stade de réflexion, une question surgit clairement : peut-on différencier sevrage d'alcool et sevrage de vie à la rue ? La réponse nous est clairement donnée par la rechute immédiate de ces mêmes patients dès qu'ils ressortent dehors. « Vous ne vous rendez pas compte, retourner à la rue sans boire ? Impossible. Trop dangereux, et puis que diraient les autres, les copains ? » Mais l'émergence de troubles psychopathologiques divers, après un début de sevrage prometteur, est également fréquente, même si le SDF est amené à rester dans ce cadre protégé un temps assez long.

Il semblerait que le mieux-être ressenti dans ce moment initial de sevrage, aussi bien physiquement que psychiquement, est tout à fait repéré et apprécié par le patient. Mais il ne fera pas pour autant le poids face à l'inéluctable de la rechute.

C'est la particularité la plus sournoise des effets de la chronicité de l'alcoolisme : outre les effets que nous repérons aisément, sur la peau, le comportement, la conscience, l'alcool bu des années durant intervient comme un prisme déformant la réalité, prisme devenant de plus en plus réel pour le SDF habitué à la vie de la rue.

Peu à peu, comme par effet de noyade psychique, les conflits intra-psychique se sont gommés, au prix d'un vide qu'il s'agit juste de remplir, par l'alcool. Sur le plan des affects, l'alcool court-circuite avec beaucoup d'efficacité les émotions et leurs traductions corporelles. Cette abrasion des émotions se fait progressivement au prix d'un isolement, d'une mise à distance tant du monde extérieur que du monde interne. L'alcool permet qu'un sentiment, une pensée, une idée liée au passé restent activement cantonnés dans un espace inaccessible au travail de la remémoration, tout en demeurant violemment attractifs, parce qu'évocateurs du moment traumatique précédent précisément le moment où le temps s'est arrêté.

C'est pour cela que nous employons plus haut ce terme de « surface » dans ce que nous-même ressentons face à eux si nous essayons d'insister un peu dans l'échange.

On imagine comment la question du sevrage à long terme est donc délicate et va bien au-delà d'un seul aspect pharmacologique, ou psychothérapeutique ponctuel, puisque l'abandon de l'intoxication signifie de fait, cruellement, la remise en place de la perméabilité émotionnelle précédent toujours les capacités d'élaboration intellectuelle, et exposant donc particulièrement à la souffrance. La possibilité de sortir de cette « obligation de boire » suppose donc un agencement de différentes temporalités : temporalités purement thérapeutiques- sevrage physique, accompagnement dans le soin global du corps, projet social d'un mode de vie qui ne soit pas la rue, prise en compte de cette vulnérabilité émotionnelle majeure, tentative d'aide et d'approche d'élaboration subjective . Resterait à inventer et à promouvoir des configurations institutionnelles qui prendraient en compte la place et la fonction de l'alcool chez les SDF, son incidence sur les différentes temporalités subjectives et sur les modalités de lien social.

*Septembre 2002*