

VIVRE EST PLUS DIFFICILE QUE SURVIVRE ?

Michèle Benhaim

► **To cite this version:**

Michèle Benhaim. VIVRE EST PLUS DIFFICILE QUE SURVIVRE ?. Clinique psychanalytique de l'exclusion, 2012, 10.3917/dunod.douvi.2012.01.0135 . hal-01429420

HAL Id: hal-01429420

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01429420>

Submitted on 13 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chapitre 6

VIVRE EST PLUS DIFFICILE QUE SURVIVRE ?

Ou le clinicien face aux impasses de l'insertion sociale

Michèle Benhaïm

*« En poète l'homme habite sur cette terre » (F. Hölderlin)
À Fatima, Karine, Marie-France et Raymond...*

CLINICIENNE de l'« exclusion », de la « précarité » et de la toxicomanie, je vais interroger ce désir d'invention d'une position clinique devant tenir compte de la dimension sociale du sujet. Je m'appuierai sur une clinique de rue où des personnes furent rencontrées sur leur lieu de vie, la rue, pendant près de deux ans, puis logées. À partir des questions que ces deux étapes (vivre dans la rue, puis être logé) soulèvent, je tenterai de faire émerger les enjeux de deux temps logiques d'un travail psychothérapeutique : le temps de la rue proprement dit, le temps de l'après-rue.

Freud (1920) nous explique « (...) qu'il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs. C'est pourquoi l'école psychanalytique a pu déclarer qu'au fond personne ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même, dans son inconscient chacun est persuadé de sa propre immortalité ».

Dans le contexte social de cette réflexion, survivre à la particularité d'empêcher de vivre, parce que la quête incessante de l'objet vital par exemple, ou encore la crainte, non moins incessante, de l'agression nocturne mortelle implique de cesser de croire à chaque instant en son « immortalité ». Pourtant, certaines de nos réflexions nous conduisent à penser que vivre peut, paradoxalement, s'avérer parfois encore plus difficile, plus éprouvant, plus laborieux que survivre...

Les tentatives de « réinsertion » des sujets sans abri, notamment à travers l'offre, non pas d'une place en foyer d'urgence (dont on sait aujourd'hui l'inefficacité en termes de reconstruction psychique et sociale et en termes de « restauration » narcissique), mais d'un véritable habitat pérenne et de qualité, nous plongent au cœur d'un paradoxe : Il est difficile de supporter qu'une personne n'ait pas droit au minimum que constitue un toit, et pourtant, lorsqu'ils sont à l'abri, il nous faut nous confronter à un certain nombre de difficultés quotidiennes et les analyser.

Ce paradoxe relatif à « des subjectivités encombrantes » (G. Le Blanc, 2007), nous engage à créer un art de la rencontre, une position clinique indécidable, un devoir faire avec l'impossible, « seule mesure de l'homme » (G. Bataille, 1972) ? Nous allons essayer de dégager, de construire, d'analyser les contours de cette posture singulière. Nous illustrerons cette réflexion de brèves histoires cliniques.

La psychanalyse, en tant que cure-type et dont le cadre spatio-temporel repose sur la mise en œuvre d'une méthode dans une pratique ne peut s'exercer comme telle dans ces lieux extrêmes. Ces lieux sont extrêmes de recouvrir la position subjective de personnes s'aliénant si peu à l'Autre. J. Lacan nomme « aliénation » un choix forcé qu'il définit comme une opération fondatrice du sujet de l'inconscient lequel doit nécessairement, pour émerger, en passer par l'Autre, s'aliéner au champ de l'Autre. Si une compréhension du mot « aliénation » implique fréquemment le rapport du sujet au registre de l'imaginaire, en utilisant ce terme, Lacan construit un concept propre de « sujet », différent du Moi psychologique, dans le fil de la pensée freudienne (Séminaire XI), l'aliénation devient alors l'élément fondamental pour situer les rapports entre sujet et Autre, le point d'articulation entre la clinique et l'analyse du lien social. Parce qu'il consent à en passer par le champ de l'Autre, le sujet ne peut totalement s'insérer dans une identification à son être et au sens des signifiants qui le représentent dans l'Autre. Le fait de l'aliénation, ce n'est donc pas seulement que nous sommes repris, représentés dans l'Autre, mais aussi que nous entretenons un rapport parfois polémique, parfois de rejet d'avec cet autre qui nous vide de

notre être. L'alternative clinique suppose, dans un premier temps, un étayage de la personne dite « exclue » mais ne doit pas faire perdre de vue au clinicien l'essence de cette logique opératoire d'aliénation, qui est de structure pour tout sujet de la parole. En ce sens nous ne réparons pas en la comblant la béance entre le sujet et l'Autre, car nous ne le pouvons pas, mais nous pouvons rendre moins fatal que cette séparation d'avec l'autre, soit dans des contextes de cruauté sociale vécue comme une chute sans recours du rapport à l'Autre. Il n'en demeure pas moins que la psychanalyse peut rappeler dans ces lieux que le sujet relève de la parole et proposer une alternative à l'angoisse massive engendrée par l'idée d'un déterminisme social sans appel, idée que partagent volontiers les personnes sans abri et celles qui s'en préoccupent. L'on ne saurait prétendre exercer la psychanalyse dans la rue, pourtant, c'est peut-être seulement à partir d'une position analytique, celle qui met en œuvre son désir dans une pratique clinique, que l'on peut déambuler ainsi au cœur d'un social aux contours mortifères. Parler à quelqu'un, parler avec quelqu'un, permet à celui qui parle de témoigner de son expérience subjective et relève de son rapport à la parole. A.-M. Braud (2004) nous rappelle que Lacan, dans sa conférence « Freud dans le siècle » situait la psychanalyse comme « la science du langage habité par le sujet ».

INTRODUCTION : LE CONTEXTE POLITICO-SOCIAL

Là où le discours social énonce les modalités de l'insertion ou de la réinsertion des « sans » (abri, argent, nourriture, emploi, etc.), il est avant tout question de logement, au mieux « d'habitat », notion incluant que l'on habite au-delà des murs du logement (Paquot, Lussault, Younès, 2007). Il est question de satisfaire aux besoins vitaux, interpellation faite à chacun de nous, confronté au dénuement total et visible de nos semblables, voire à des sujets qui dépérissent, affrès de la maladie et/ou de l'isolement. Pourtant, n'est-il pas plutôt question d'« habiter » le monde, d'habiter *l'éternité* ? C'est d'un lieu poétique dont il est question, pas d'un lieu géographique, suppose le vers de Hölderlin (Hölderlin, 1806-1843) proposé en exergue. Et P. Legendre (1998) d'insister, « *pour être habitable, le monde doit être mis en scène avec des mots* ». Être exclu de la parole recouvre le champ de l'exclusion, celle de la dimension subjective du désir.

Il est clairement admis aujourd'hui que ce qui a trait au politique agit sur le sujet tout autant que sur les institutions. Nous pouvons nous référer là à ce que les travaux de C. Melman (Melman, 2003) proposent en termes de « *Nouvelle Économie Psychique* » relative à une sorte

de mutation anthropologique d'un sujet infiltré de perversions sociales inédites en termes d'exclusions, de précarités, d'individualisme extrême, mais également aux textes de Lebrun (Lebrun, 2007) qui mettent l'accent sur une sorte de désertion de l'Autre. Autrement dit, le discours que le sujet se tient à lui-même semble transformé par le politique comme le montre cet exemple saisissant : un jour de descente policière dans un lieu de soins itinérant pour toxicomanes, les patients se sont offusqué que soit demandé les papiers d'identité aux membres de l'équipe parce que « *nous, d'accord, mais vous !* ». Lorsque j'ai questionné ce ressenti partagé par tous les patients présents à ce moment-là, aucun ne percevait le point d'horreur contenu dans le fait que tous avaient intégré le « délit de sale gueule » du point de vue des traits relatifs aux origines et/ou à la prise de produits (absence de dents, infections etc.). C'est ici dans le réel et non plus dans le fantasme que le sujet est un déchet, ou plus exactement, s'identifie, dans le réel, au déchet de l'Autre, s'identifie à la part mortifère du symptôme : « *Je définis le symptôme par la façon dont chacun jouit de l'inconscient, en tant que l'inconscient le détermine* » dit J. Lacan (Lacan, 1974-1975). Ce qui résiste à l'interprétation provient peut-être de la jouissance, mais laquelle ? Ces sujets sont soumis à un mode de jouissance très contemporain, celui qui consiste à traiter l'autre comme un corps, à le réduire à un corps, à le réifier plus précisément, voire à le détruire. L'horreur s'accomplissant dans la réalisation du fantasme. Processus où se défait le lien et qui fonctionne tellement bien qu'il aboutit souvent à l'auto-traitement du corps propre dans le registre de la cruauté comme le laissent percevoir justement certains des stigmates de la toxicomanie. G. Agamben (Agamben, 1997) décrit philosophiquement ces processus engendrant des zones d'indistinction « *entre public et privé, corps biologique et corps politique* » : une « *vie nue exposée au pouvoir souverain* », un espace politique, fonctionnant selon la matrice qu'est le camp (d'extermination), un « bio-pouvoir » paroxystique puisque recouvrant la décision radicale sur la « vie nue ». Il poursuit en cela les propos de M. Foucault (1976) lorsque ce dernier soulignait qu'à partir de la seconde moitié du XVIII^e siècle, la vie de l'espèce humaine était devenue l'enjeu de stratégies politiques, marquant le « *seuil de modernité biologique d'une société* ». Il mettait l'accent sur l'apparition des techniques de pouvoir qui encadrent la vie des corps-espèces et contrôlent les processus biologiques affectant les populations. Foucault nommait ces processus la « *bio-politique* ». Dans cette transformation actuelle,

« le système politique, n'organise plus des formes de vie et des normes juridiques dans un espace déterminé, mais contient en lui une localisation

disloquante qui l'excède, et à l'intérieur de laquelle toute forme de vie et toute norme peuvent virtuellement être prises. Le camp en tant que localisation disloquante est la matrice cachée de la politique où nous vivons encore et que nous devons apprendre à reconnaître, à travers toutes ses métamorphoses, dans les zones d'attente de nos aéroports comme dans certaines périphéries de nos villes » (Agamben, 1996).

Ici la bascule s'effectue et rejoint le paradoxe qu'analyse Agamben, paradoxe relatif à la vie à la fois « *insacrifiable* » et pourtant parfois « *absolument exposée à la mort* » (G. Agamben, 1997b) : le problème réside-t-il seulement dans l'absence d'une évidence, celle du droit pour chacun à dormir sous un toit et à ne pas mourir de froid sur un bout de trottoir, ou bien la rupture est-elle plus profonde ? La rue érode le sujet. En effet, que se passe-t-il quand le poids du réel ne peut plus être atténué par une construction fantasmatique ? Si le fantasme est bien ce qui sert de support au désir, on conçoit que le sujet perde alors sa « maison », « *le langage est la maison de l'Être. Dans son abri, habite l'homme* » avance Heidegger (Heidegger, 1946) et soit affecté dans son désir au point de sombrer dans une inhibition dépressive qui relève peut-être davantage d'une nostalgie fondamentale que d'un isolement social pur. Comme le rappelle A.M. Braud (Braud, 2004), J. Lacan reprend l'énoncé heideggérien en questionnant d'une certaine façon « *l'être chez soi* ». Il avançait dans le discours de Tokyo (1971) qu'il y a plus d'une façon justement d'être chez soi quelque part, « *façon qui porte la marque du sujet* ». Habiter le langage recouvre le fait de s'orienter dans ce champ auparavant déjà constitué pour l'être humain qu'est le langage.

Aller à la rencontre de ces sujets, pour le psychanalyste, c'est lutter contre la réduction du langage au positivisme de la communication, c'est introduire quelques subversions dans cette réduction. Agamben insiste sur toutes les formes de résistances « *car aucune éthique ne peut se permettre de laisser hors de soi une part de l'humain, si ingrate soit-elle, si pénible à regarder* » (G. Agamben, 2003)

Lacan quant à lui, confiait à l'analyste « *la responsabilité éthique maximale* ». Nous estimons que c'est dans cette tâche que se loge son injonction « *avec de l'offre, (il nous faut) essayer de faire de la demande* ». (1958). Donc, si l'on va rencontrer des sujets « sans », ce n'est pas pour communiquer mais pour ouvrir l'espace de parole et d'adresse de l'Autre que Lacan définit aussi comme un « *lieu où se déploie dans l'occasion une parole qui est une parole de contrat* » (Lacan, 1967). Le « contrat » consiste à offrir au sujet la possibilité d'élaborer quelques éléments de son désir propre d'« insertion » dans l'Autre, c'est-à-dire de tendre vers une relation du sujet avec l'autre,

peupler un monde déserté. Plutôt que d'assister, indifférents, à la culture d'un « monde sans Autrui » (G. Deleuze, 1980), prendre l'initiative du transfert, car le transfert fait exister l'Autre, lieu de la parole, lieu du signifiant. Consoler, « consolare », c'est-à-dire parler à quelqu'un dans sa solitude. Il ne s'agit pas ici de confondre la position transférentielle et ce que d'autres approches psychosociales comportementalistes versent du côté d'un « contrat thérapeutique ».

« Je ne dis pas la politique c'est l'inconscient, mais simplement l'inconscient c'est la politique ». Et Lacan d'expliquer et de tenter d'articuler la logique (du fantasme) de ce « qui lie les hommes entre eux et de ce qui les oppose ». Il y a près de quarante-cinq ans qu'il repérait que certains sujets, plutôt que d'« être admis aux bienfaits du capitalisme... préféreraient être rejetés » (Lacan, 1967). Ainsi, est-il clairement posé que le discours capitaliste, ce « hors-discours », de ne pas permettre la circulation de la fonction subjective, ne peut fonder un lien social.

Une fois à l'abri, le véritable travail reste à accomplir : celui de soutenir le sujet devant à présent mesurer les complexités de ce désir. Autrement dit, si ce n'est pas d'une « insertion » symbolique dont il s'agit, l'être peut demeurer objet-déchet, « *exclu, écarté de la vie par une prohibition de contact* » (Bataille, 1972). Lorsque le clinicien s'adresse au sujet dans la rue, il espère que « le mot va rencontrer le corps » ; encore faut-il que ce « corps » soit encore ou de nouveau sensible au mot. Tel l'Autre maternel forçant, dans la « *violence de son interprétation* » (P. Aulagnier, 1975) du cri du nourrisson, ce dernier à s'élancer vers le symbolique, l'Autre du clinicien peut s'attacher à relancer l'élan vers une inscription dans le lien social. Ce qui est convoqué dans l'Autre du clinicien, c'est l'Autre maternel, être l'Autre dans une expérience de langage. Encore faut-il que la désertification des représentations ne soit pas trop étendue, que ne soient pas définitivement effondrés les attaches et repères psychiques du sujet. À défaut, il faudra au clinicien partir de plus loin encore, supposant que dans ce détour en amont, une autre inscription sera possible pour le sujet, dans l'Autre social.

Dans ce territoire de solitude et d'inquiétude que la rue délimite au travers de tous les abandons qui dés-affect-ent un sujet, la précarité sociale et subjective et les logiques d'exclusion font écho aux modes de jouir-toujours-plus contemporains au sein desquels le lien social n'assure plus sa fonction, celle de nous consoler des voies sans issue de la jouissance. Depuis Freud et *Totem et Tabou* (1913), nous savons que le lien social se fonde de l'exclusion de la jouissance. Autrement dit, la fonction du lien social qui fait tenir ensemble des êtres qui

pourtant ne se compléteront jamais, ne se combleront pas une fois pour toutes, cette fonction qui, au fond, maintient le sujet dans une économie psychique désirante, cette dimension du lien social semble plutôt produire aujourd'hui des processus de désarrimage, de destitution subjective et laisser des êtres dans un dénuement extrême issu d'une suraccumulation d'effractions de réel. Cela donne lieu à une clinique étrange et sidérante dont il est parfois épuisant de s'extraire. Pourtant, la rencontre se doit de réaliser une sorte de remise en sens de la rencontre elle-même et permettre de réinvestir son corps et le monde dans lequel ce corps s'exerce. L'espace de la rencontre est fragile, et doit être inventé avec prudence et délicatesse car en effet, si la « *capacité à être seul* » est structurante de s'exercer « *en présence de l'autre* » (Winnicott, 1958), encore faut-il que cet autre n'entrave pas cette capacité, c'est-à-dire n'intruse pas de façon brutale l'intime secret de l'être. « *Le plus intime du sujet qui parle étant, en même temps, de venir de l'Autre, le plus étranger* » (M. Bousseyroux, 2005). Le clinicien va travailler avec son désir, son émotion, dans un lieu, une lumière, sous un bruit, bref avec des bouts de notre monde qui appartiennent à tous. C'est sa façon de subjectiver la réalité de ce monde.

Parfois les murs sont très hauts, les obstacles très compliqués et il faudra du courage au clinicien qui bute sur la complexité d'un travail de subjectivation, pour ne pas céder au découpage facile de deux catégories de gens que repère J.-M. Koltès (1983-1989) évoquant sa pièce « *Combat de nègres et de chiens* », « *ceux qui sont condamnés et ceux qui ne le sont pas* ».

L'impasse de la réinsertion sociale se fracasse sur un constat clinique énigmatique : certains sujets se « restaurent » vite, d'autres, jamais... comme si aucun discours ne peut les loger, comme si d'avoir été, une fois, rejeté au cœur même de leur être, les avait convaincus de leur impossible part du monde. Être anesthésié, gelé, vivre sans vivre.

Ceci s'exprime cliniquement dans des mouvements destructeurs du sujet « rencontré » mettant à l'épreuve, si ce n'est à mal, le lien péniblement esquissé dans une présence indéfectible et renouvelée du clinicien. L'intensité du transfert touche parfois aux extrêmes tout comme cette clinique de sujets souvent en état-extrême. Les sujets déambulent dans un mouvement visant à l'apaisement. Peut-être pour contrer une violence qui, sinon, implorerait. Le clinicien paraît et, parfois, tout en le convoquant, le sujet s'attache à le tenir à distance, comme si la proximité menaçait d'abandon, forcément, comme s'il était nécessaire de se prévenir de cet abandon. Les premières rencontres visent à se départir de cette impasse subjective : adoucir au moins une part de la vie

psychique, celle qui se réveille dans une sorte de souffrance de sentir à nouveau la vie : le sujet rencontré dans la rue, va devoir se désarmer pour recevoir. La rue l'avait anesthésié, parfois, anéanti. Ce processus de « désarmement » peut prendre du temps si les rencontres auparavant effectuées n'étaient pas constructives, voire avaient eu pour effet de renvoyer le sujet à sa solitude, créant ainsi une sorte de désillusion de la rencontre et un mouvement nostalgique régressif chez les plus esseulés.

CLINIQUE DE LA RUE.

RENCONTRES

Dans la rue, on croise et parfois on rencontre des sans-papiers, des sans-emploi, des sans-abri, des psychotiques, des immigrés, des roms expulsés, des travailleurs pauvres, des séropositifs, des toxicomanes, des prostitué(e)s, des transsexuels, des adolescents en fugue, des bébés de quelques jours... et si j'énumère ainsi de façon provocante et massive des sujets réduits à un trait qui les « détermine » fatalement, c'est pour insister sur les processus sociaux actuels qui tentent de nous faire croire à ces réductions innommables et scandaleuses. Comme en témoignaient ces patients toxicomanes qui ne s'offusquent plus de contrôles d'identité arbitraires incessants, cette énumération veut insister sur la façon dont des sujets sont pris, littéralement, dans les catégories et les dispositifs du « biopouvoir ». Cette puissance du saisissement dans la perversité que ce tri recouvre, ne nous laisse pas d'autre choix que de l'affronter.

- Un homme de 50 ans, venu du Maghreb pour une infection grave de l'os de la jambe s'entend dire à l'hôpital « *lorsque vous aurez vos papiers, je vous opérerais* ». Pour obtenir une aide médicale d'état, il faut résider en France depuis trois mois... et ne pas avoir de droits ouverts dans son pays d'origine. Sans papiers = sans droit : que faire ? Affaibli, presque honteux, il me dit sa détresse infinie. Je propose que l'on cherche à sortir de l'impasse ensemble. Nous prendrons le temps. J'interviendrai dans la réalité, cherchant, hors-solitude, avec cet homme, un chirurgien compréhensif, une assistante sociale militante. Idriss ne court pas mais il a moins mal. Il appelle sa femme restée au pays et je l'entends lui raconter « *comme on s'occupe bien de lui ici...* »
- Un bébé de 6 jours dort dans la rue parce que ses parents sont sans papiers et ne peuvent donc être reçus dans un accueil de nuit : il finit en pouponnière, son frère dans une famille d'accueil d'urgence, le père en Centre d'hébergement d'Urgence, la mère dans un foyer pour femmes. C'est un bon départ dans la vie.

La souffrance psychique hante chaque recoin de la rue. Le réel singulier se fracasse sur le réel du lien social. C'est ainsi qu'au-delà de la raison et du langage, on atteint parfois le hors-limite.

- Un homme, diabétique grave nous dit « un médecin m'a dit que j'en avais pour trois ans. Je fais un suicide programmé. Je ne veux rien. Foutez le camp et laissez-moi, je suis en train de mourir et personne ne me voit ».

M. Gaille (2010) rappelle combien H. Arendt (1963) insistait sur le fait que « *l'obscurité plutôt que le besoin [soit] la plaie de la pauvreté* », s'appuyant elle-même sur les propos de J. Adams (Adams 1851) qui écrivait « *passer entièrement inaperçu et le savoir est intolérable* ». Elle étaye cette notion d'« invisibilité » des propos de M. Foucault (1977) évoquant des « *vies vouées à l'oubli, jamais relatées* ». « *Personne ne me voit...* » Être invisible, se vivre comme invisible...

Le stade qui suit la phase de résignation, est celui de l'indignité : se sentir indigne de soins, de droits, d'attention. L'engagement du clinicien à cet endroit est peut-être de préférer un sujet indigné qu'indigne... la présence est un acte. Le clinicien reste présent, régulier, « de loin », il fait un signe, sans envahir, il passe son chemin mais n'oublie pas de passer le bonjour... ne pouvant faire semblant de ne pas « voir » cet homme. Au contraire, c'est son regard qu'il engage à cet endroit, non pas celui du voyeur, mais celui qui scrute l'humanité derrière cette apparence de déchet. Si le clinicien ne s'engage pas là, ne s'inclut pas dans ce regard porté, la scène devient obscène. Il lutte, d'une certaine façon, en impliquant là son corps, sa présence, son souvenir de l'autre, sa propre indignation, contre un effondrement narcissique partagé. Et si le clinicien « voit », alors il n'y a plus « personne ». Pour « voir », il lui faut faire le pari qu'à travers ce patient mode d'accroche, il va fabriquer du transfert. Finalement, que pourrait-il bien faire d'autre ? D'ailleurs que sait-il faire d'autre ? Si ce n'est construire cet espace susceptible de contenir le réel subjectif impossible à déposer ailleurs, et que l'on nomme transfert. D'ailleurs, cet homme le rejette, allant même parfois jusqu'à chercher « l'embrouille ». Le clinicien s'appuie sur cette (ré) introduction d'une ambivalence conflictuelle et accepte de se faire lieu d'adresse. Il s'assigne à être là, quand même. Dans cette posture, de lieu de projection, peu à peu, son engagement sans découragement, fera de lui un destinataire, étonné, surpris, d'accord pour une rencontre. C'est un espace thérapeutique que je nommerai « de proximité suffisamment bonne », insistant là, avec Winnicott (1956), sur le « suffisamment »

c'est-à-dire sur le « juste assez mais pas trop », juste assez pour ne pas céder sur son désir, mais pas trop, pour ne pas persécuter. Introduire du conflit introduit du lien. La question est alors de savoir comment on va se séparer sans risquer de voir le réel faire retour. Dans ce « suffisamment » se loge l'Autre maternel dont nous supposons qu'il était convoqué chez le clinicien.

Si la clinique de la psychose, ces patients en marge du symbolique au-delà de laquelle le réel est « sauvage », c'est-à-dire n'est plus civilisé par les signifiants, si cette clinique m'aide à pouvoir me représenter les processus de destruction des conditions mêmes de la symbolisation, la clinique de la délinquance adolescente m'aide à « supporter » des temps aux allures de voies sans issue subjective, cette convocation récurrente du clinicien qui consiste à l'avoir sous la main pour mieux le rejeter au loin. Il ne saurait être question de superposer la clinique de la rue et la clinique psychotique mais, dans ces deux champs, le travail consiste à reconnaître pour (et avec) le sujet, qu'il nous faut nommer ce mouvement de violence, pour s'en extraire, lui et moi. La question de la psychose s'inscrit dans l'habitat aux allures d'une rue désorganisée et sale, là où, auparavant elle prenait la forme clinique d'une grande exclusion, d'une longue errance, d'un « vivre libre », into the wild... Le sujet psychotique SDF interpréterait-il le lien social et ses limites structurales depuis une position cynique quant à l'existence ? Cynique au sens des philosophes cyniques qui vivaient comme des chiens en rejetant les conventions sociales et en prônant un retour à la nature. On notera que souvent ces sujets psychotiques dans la rue ont une propension à s'orienter « into the wild », certaines formes de clochardisations en sont des exemples caractéristiques, et combien cet espace contient souvent quelque chose de désertique. Ici, comme ailleurs, il nous faut être attentifs à l'aspect créateur d'expression humaine contenue dans toute psychose, comme nous l'enseignait Freud (1924) en faisant du délire, non pas un défaut, mais « *une tentative de guérison* », c'est-à-dire une construction.

Ce travail clinique est une dynamique qui nécessite du temps, de l'engagement, de la patience, du renoncement, un travail de deuil de quelque imaginaire « pouvoir », une capacité à recevoir un bombardement pulsionnel, le deuil de la narcissique croyance en une ébauche de lien qui ne se déliterait plus, la possibilité de traîner dans des lieux saturés de vide sans s'y laisser aspiré mais au contraire en en disant quelque chose, en le nommant et en en faisant un texte à commenter puis à élaborer.

Aujourd'hui, un an et demi après, chacun peut « voir » un homme sous insuline chanter et s'accompagner à la guitare. Si la page n'est pas

tournée, le texte commence néanmoins à s'écrire. Les risques cliniques de cet après-coup, relèvent d'une résignation du sujet à ce qu'il croit être son inéluctable « destin ». Nous y reviendrons.

LE TRAVAIL CLINIQUE DANS LA RUE : 'EXTRÊME DU TRANSFERT

Des équipes de travailleurs sociaux et de bénévoles supervisées par des analystes rencontrent régulièrement des personnes qui vivent dans la rue depuis de longues années. L'objectif est d'amener ces sujets à accepter d'être logés pour le temps qu'ils décideraient dans des petites maisons individuelles mais répondant à des exigences communautaires : chacun chez soi mais quelques moments collectifs de partage.

Pas d'erreur dans le « recrutement » des personnes sans-abri suivis deux années dans la rue et institués, dans l'offre qui leur était proposée, sujets de demande. Personne ne s'est posé comme sauveur humanitaire affublé de l'objet manquant ou de la solution idéale. C'est le temps dialectique du désir qui fut réintroduit dans la rue où les sujets se sont mis à se représenter la vie dans « la petite maison » et où ils se sont mis à être en demande de venir y loger : ils ont désiré leur place ici, ont investi psychiquement cet « ailleurs » y logeant d'ores et déjà leurs manques. De cliniciens en déplacement venant à la rencontre des plus démunis, nous sommes passés à la rencontre de sujets qui nous attendaient et comptabilisaient nos absences ou nos retards. Le temps cessait d'être suspendu, travaillé par la nostalgie comme c'est le cas lorsque l'avenir est incertain ou ne fait même plus question. Comptabiliser contient deux dimensions, celle de se mettre, en retour, à compter pour un autre et le mouvement symbolique mis en scène dans le « fort-da » (Freud, 1920), celui de l'alternance présence-absence. »

Pour ce, l'équipe a fait ce qu'elle a pu, constamment présente, luttant dans cette permanence pour introduire une continuité qui contrebalançait la face mortelle de la pulsion à l'œuvre dans les processus de répétition. Sans organiser trop lourdement les choses, sur presque deux années, il a été parlé la construction des petites maisons, et, peu à peu, les gens de la rue ont rassemblé leurs caddies, leurs montagnes de bric-à-brac, leurs poussettes débordantes de possessions hétéroclites, des objets « qui pourront toujours servir ». Chaque sujet peu à peu pressenti prêt à sortir de *l'enfermement dehors*, a pu projeter une sorte d'être *dans* son corps, être *dans* sa vie, être *dans* sa demeure. Bien sûr, le lien a fluctué. Parfois, il n'y eut plus que le désir de l'équipe, douloureux, esseulé,

mais nécessaire. Le plus dur fut d'impulser encore et encore. Pourtant, l'engagement soignant a mené certains de ces sujets désarrimés du lien social à la demande.

Ce ne sont pas les petites maisons rêvées qui ont soutenu cet engagement ou qui en ont recouvert les contours, c'est la « *capacité de rêverie* » (W. Bion, 1962) de l'équipe dont le travail fut, pendant ces deux ans, de penser les sans-abri à temps plein. C'est le « *holding* » (Winnicott, 1945) dans sa dimension psychique qui insuffle et réinsuffle de la vie. Les cliniciens ont fabriqué un dispositif sans murs, pouvant faire accueil à ce qui était en attente d'être énoncé, voire « *en attente d'être souffert* » (Ferenczi, 1932).

Pour ne pas s'enliser dans une position dépressive teintée du fantasme d'impuissance, l'équipe, pour « porter », a demandé à être « portée ». C'est ainsi que se sont mises en place les séances de supervision. À partir de ces rencontres de rue, un « ailleurs » s'est dessiné, puis bâti ; or, sans « ailleurs », pas de projet. Au cœur des questions d'abandons à répétition, un travail clinique de « promesse » s'effectue : il ne s'agit pas d'une promesse de jouissance à venir comme celle qui est faite à l'adolescent dont la déception se résout en « crise », mais d'une « promesse » qui repose sur la logique qui permet au bébé de grandir, l'idée qu'il faut avoir suffisamment à gagner pour accepter de renoncer à la survie et à l'économie existentielle qu'elle autorise, pour accepter de perdre la rue. En effet, que peut-on perdre de la rue du côté d'une position dans l'existence ? Afin d'amoindrir le délitement de l'Imaginaire et les pans symboliques effondrés, le clinicien laisse entrevoir des éléments de signification originaux.

Être « exclu » est un statut identitaire : est-il préférable d'être SIF (Sans Identité Fixe) ou SDF ? Il faut savoir que lorsqu'un SDF meurt, il « retrouve » son identité et sort ainsi des statistiques : il est alors dit « inséré »...

Pendant tout le temps de cette incessante et laborieuse construction, l'équipe était irremplaçable : sous transfert, porté par le désir de chaque membre de l'équipe, le sujet délié a été d'accord, a dit « oui » au lien entrevu. On en mesure la fragilité... dehors, les sujets n'attendent... rien ; certains ont semblé juste heureux que quelque chose arrive. L'événement-rencontre fracture les certitudes et, en se mettant à le concerner, questionne le sujet sur l'énigme de sa situation dans une reprise du sentiment d'exister. C'est un processus spectaculaire avec certains toxicomanes dont on peut voir la certitude illusoire d'avoir trouvé l'Objet, se fissurer au fil des rencontres

Ce travail de deux ans de maraudes, nuit et jour, est impalpable, invisible, non évaluable, non informatisable. Les rencontres ont pu avoir lieu dans un « transfert de transfert » car l'équipe fut introduite par des professionnels qui avaient d'ores et déjà acquis la confiance des personnes. Nous savons combien, dans cette clinique inédite, le transfert ne saurait aller de soi ; en effet, si Autrui a déserté depuis longtemps, qu'espérer en attendre ? Certains membres ont pu passer des journées entières avec *une* personne. Tous les anniversaires de chacun ont été fêtés dans la rue. Mode de présence particulier plus que bonnes intentions. L'équipe a pris le *temps*. Parce que pour penser l'autre, il faut du temps. Pour se déplacer subjectivement, un peu aussi. Pour devenir autre chose que l'objet de jouissance de l'Autre qu'on a souvent toujours été, encore plus. Que reste-t-il de cette dimension spatio-temporelle essentielle dans une logique évaluatrice, accréditrice, comptable ? C'est d'une logique humaine, c'est-à-dire désirante et historisante, celle qui animait l'équipe, qu'a pu émerger le désir de venir vivre dans « les petites maisons ». Le mouvement s'inversait, redynamisé en mouvement désirant plutôt qu'en immobilité mortifère, celle qu'engendre la mal nommée « errance ». « Errance » en partie créée par la perversion politique qui consiste par exemple à établir un titre de séjour à une personne sans lui délivrer de permis de travail...

Certains sujets dans la rue, pour lesquels la souffrance extrême, aux accents de réel pulsionnel, fait juste partie de la vie, ne voulaient tellement rien que l'équipe a voulu, pour eux, à tout prix. Dans une accroche éthique qui exigeait qu'il soit tout à fait impossible (impensable en tout cas pour l'équipe) parce qu'inhumain, déshumain, que quelqu'un ne veuille tellement rien, le désir par procuration a consisté à en « expulser », à en « exclure » certains de la rue. Parce que déloger le sujet de cette place d'objet joui par l'Autre, nécessite d'en passer par une mise à l'abri, mise à l'abri de l'invisibilité, hors regards aveugles, indifférents, apitoyés ou pervers.

Ne voulant pas céder sur une clinique avec le transfert, le pari hypothétique de l'équipe a porté sur le fait que, sujet il y avait bien, mais un sujet englué par nécessité de survie dans une absence d'affect. Car se laisser affecter dans la rue comporte le risque de l'écroulement, ressentir quelque chose, celui de l'agonie. Alors, ceux-là, détachés de tout, de tous, du monde, tout glisse sur eux, rien ne s'accroche... sauf le désir entêté et certifié du clinicien, non pas la volonté de rééduquer cette démotivation sociale, mais bien d'ouvrir une voie métaphorique, celle du symptôme et de la relation à l'Autre, le lien commençant par renouer l'insupportable impossible à nommer, aux dimensions symbolique et imaginaire. Or,

le lien au « socius » que Lacan nomme « discours » se trouve être un lien symptomatique. Nous verrons que « les petites maisons » sont plus qu'un lieu, elles relèvent d'un discours proposé par le lien social figuré par l'équipe. Peut-on laisser l'autre tomber hors du monde ? « *Jeté hors du monde* » ? (Arendt, 1957) Non... pourtant, la désolation des situations rencontrées fait bien écho à un contexte social déserté de perspectives politiques, utopiques, idéales.

La rupture des chaînes symboliques rend violent et rend fou. Or la mutation dans le champ du politique a engendré une aliénation sociale généralisée.

C'est pourquoi, la question demeure de savoir, au regard des enjeux vécus aujourd'hui par les personnes abritées, logées, si l'on peut revenir d'une économie psychique de survie, ou bien était-ce une traversée du miroir ? Les logiques d'exclusion produisent des êtres profondément seuls, parfois captifs d'un impossible à (se) dire, ni dans un dialogue, ni dans une introspection. Le travail clinique va consister en un passage, une sorte de traduction : celle d'une jouissance débordante à une économie langagière signifiante. C'est le transfert qui réinsuffle du vivant, du mouvement, du lien social. Et lorsque quelque chose se met à se parler, puis à faire question, énigme, pour le sujet, on assiste à une échappée de la position mélancolique. Car pourquoi et comment amener le sujet à désirer cette inscription sociale ? Pourquoi et comment conduire le sujet à devoir maintenant se débrouiller avec l'Autre ? Pourquoi et comment faire renoncer le sujet à la jouissance ? Les résistances énigmatiques du sujet témoignent que le lien social ne va pas de soi. Les décompensations qui peuvent suivre les mises à l'abri, également. Comment remettre l'essence de la rencontre et, par là, le sens de la vie, au premier rang des préoccupations du sujet ? Au nom de quoi ? Au nom de qui ? Car après tout, quel monde leur présente-t-on ? Sans doute un monde de désolation plus que de consolation...

Ces questions montrent à quel point la clinique extrême, celle où le réel insiste, est pleine d'exigences.

Les réponses sociales consistent à proposer des lits d'urgence aux SDF, notamment l'hiver quand il est de mauvais ton d'égrener les chiffres, pas les noms, des morts-de-froid-dans-la-rue. Sorte de réel répétitif ne cessant pas de ne pas s'écrire, réponse au besoin, bâillonnant la moindre demande et ayant pour effet d'abîmer davantage les situations subjectives. On parle volontiers des morts-de-la-rue, moins des suicides en foyers d'urgence. Lorsque l'on vient « réparer », c'est une logique destructrice qui est à l'œuvre. La logique de réparation contient un point meurtrier car elle repose sur un fantasme oblatif qui ne peut être soutenu à son tour

que par un Autre jouisseur. Réparer reposerait sur le fantasme qu'aucuns détiendraient une sorte de secret, de recette pour savoir se débrouiller du vide. Autrement dit, rien n'est pensé là pour une inscription qui aurait quelque chance de se soutenir d'un désir : celui d'écrire ses singularités subjectives dans un vivre ensemble, celui d'extraire pour chaque un le style de ce qui en fait un être unique et non standard. D'ailleurs, la plupart des personnes qui refusent de monter dans le camion du Samusocial semblent crier à la face du monde, un peu comme l'anorexique qui se laisse dépérir, « *plutôt mourir dans la rue qu'être logé par (cet) autre !* ». Attitude pouvant être interprétée comme l'aboutissement de la désobjectivation : celle de l'impossible de l'acte. Sans compter que les chiens n'y sont pas admis et que bien souvent le discours où se laisse entrevoir que « *de l'espoir, ils ne sont pas encore totalement revenus* » (Decamp, 2008), se projette sur la protection sans concession de l'animal. « Les petites maisons » et l'équipe ont rompu avec cette standardisation post-moderne, avec cette uniformisation réifiante, avec cette normalisation comptable, avec cet anonymat mortifère, et les sujets qui ont fini par demander à venir, raccrocher, y vivre, à venir se loger dans ce discours-là, à venir déposer les signifiants qui sont les leurs dans cet espace donné, ne s'y sont pas trompé.

Souvenons-nous de l'infamie absolue que pouvait représenter l'exil... ne plus « faire lieu » désymbolise. L'inscription dans le lien social est une des définitions du symbolique et par là, c'est bien d'humanisation et non d'humanitaire, dont il est question.

LE TEMPS DE L'APRÈS-RUE : LA RÉANIMATION

Au-delà des murs, les petites maisons et l'équipe ont accueilli les personnes. *Au-delà des murs* parce que chacun est bien conscient ici que la souffrance psychique est le point essentiel dans les situations d'exclusion, que le sujet a été mis à mal par une succession de violences internes, pulsionnelles et externes, sociales, surtout si ces situations se sont prolongées sur de longues années dans la rue. Ni trop proches, ni trop loin, logés seuls ou à deux, avec la personne de leur choix, assurant un repas communautaire hebdomadaire, là se sont doucement créés des espaces d'apaisement physique et psychique. Il n'est pas question d'« intégration », encore moins d'« insertion » au sens où la commande faite au travail social peut l'entendre. Il est plutôt question de laisser au sujet la liberté de questionner les enjeux plus ou moins inconscients de sa rencontre avec la jouissance dont il vient de se décaler, de retisser une temporalité trouée.

Plus la période de rupture dans la rue a été longue, plus il faut du temps : mais *il va falloir*, signifie que cette économie ne peut perdurer au risque d'engendrer des passages à l'acte visant à retourner s'enfermer dehors, à s'assujettir de nouveau à un Autre social pervers. Ce temps pour comprendre alternera des espaces de soins, des espaces de paroles, des rencontres diverses, des liens de voisinages et, pour certains, la nécessité de se (re)mettre au travail. Ces différentes dimensions ont ceci de commun, *il va falloir* à présent faire avec l'(A) autre, c'est-à-dire inscrire dans ce rapport à l'(A) autre des fragments de sa propre vie. Ce rapport implique de passer de la confrontation au vide (de l'(A) autre) à la confrontation au manque (dans l'(A) autre), tout en préservant une certaine capacité de choisir. Et ce, dans un contexte où de grands solitaires se mettent à vivre côte à côte, dans le mouvement d'une solitude logée dans le collectif, la reconnaissance de cette solitude dans un lien.

Au cœur de l'expérience : le soin. Si aujourd'hui, dans la société, la logique de soins est en péril, chacun ici, dans l'équipe, va au-delà de sa fonction. Le corps et les affects émergents des sujets confrontent l'équipe à des pans d'impuissance mais surtout à des impossibles. Dans la rue, les hommes et les femmes sont comme à côté de leur corps. Pas de plainte, ça ne fait jamais mal. Maintenant, posés, reposés, à l'abri, entourés, soignés, les plaies purulentes... beaucoup de morceaux de corps ensanglantés, putréfiés, de ventres et de fesses souillées de selles, des brûlures, des escarres, des peaux qui s'arrachent en lambeaux, qui suintent, des dents qui tombent, bref, des corps à vif. Chaque soin demeure noble et respectueux.

Parfois, il y a comme une régression : alors même que certains ont un seuil de tolérance extrême à la douleur dans la rue, ici, ils peuvent entretenir une dégradation corporelle pour être objet d'attention de chaque instant. Comme si, pour passer du corps-organisme anesthésié dans la rue, au corps-désirant, celui dont l'Autre se met à se préoccuper, il fallait rencontrer l'étape du corps-malade, celui qui appelle. C'est souvent le premier point d'accroche à la demande et il sera traité avec la délicatesse due à toute réanimation. D'autant que d'autres, aux histoires saturées de traumatismes, semblent s'être confrontés à un tel effondrement de l'Autre qu'ils se comportent comme dans la rue, c'est-à-dire comme si plus rien ne pouvait leur arriver. Or, n'est-ce pas lorsqu'il ne peut plus rien nous arriver que l'on se met à « errer » ? Le travail de l'équipe devient ici plus compliqué : en effet il lui faut continuer à pouvoir se laisser surprendre par un sujet, autrement dit ne pas céder sur sa conviction que ce dernier peut laisser émerger un signe de vie à n'importe quel moment. Cela suppose une posture d'écoute quasi permanente. N'oublions pas

que certaines personnes s'étaient tellement confondues avec le pilier d'autoroute sous lequel elles s'étaient cachées et immobilisées, qu'ils étaient devenus ce morceau de béton. La réhumanisation, dans ce cas, comme pour certains enfants autistes esseulés de l'autre côté du fleuve, devra passer par le soin corporel de base, celui que la mère dispense au nourrisson en y engageant son propre corps, tissant ainsi, un espace transitionnel.

Les ruptures de liens laissent, au mieux, des cicatrices, au pire, des plaies ouvertes. Trois semaines dans la rue avec une phlébite... diabète, poche intestinale à vider deux fois par jour, crises d'épilepsie... certains ont pris la pente dont on sait où elle mène. D'autres ont été tenus « sous perfusion » dans la rue, ces perfusions de souffles de vie émanent d'associations. D'ailleurs, d'une certaine façon, ces malades n'étaient pas malades comme si, paradoxalement, la rue les « protégeait ». Certains n'ont jamais vu de médecin pendant vingt ans, se soignaient au rhum, s'arrachaient les dents douloureuses. À l'intérieur, dans ce premier temps, temps de grâce semble-t-il, tout redevient possible. Les cliniciens sont allés chercher des personnes dans la rue, personnes qui ne demandaient rien, plus rien. Pourtant, ils ont vendu leurs affaires, ont lâché leur quartier, leurs liens et réseaux sociaux, parfois des places où tous les « voisins » prenaient soin d'eux. Les cliniciens s'y rendaient chaque jour, chaque soir. Dehors, s'était établie une mise en silence de leur histoire. Dedans, comme happés dans un tournant de l'histoire, certains font le projet de rendre visite à leur mère qu'ils n'ont pas vue depuis vingt ans et se demandent comment elle va les accueillir. Ils feront pour cette visite parfois quinze à vingt heures de voyage. Le temps qui semblait s'être figé, redémarre. *« C'est parce que l'enfant vit un grand amour avec sa mère qu'il a une telle réserve pour ses attachements ultérieurs. Ce processus de déplacement de l'amour est de la plus grande importance pour le développement de la personnalité, des relations humaines et même, on peut le dire, pour le développement de la culture et de la civilisation »* (M. Klein, 1957) : l'enfant puise dans ses souvenirs de quoi fonder ses valeurs.

Dans la rue, ils survivent. Dans une économie de survie, on ne peut même pas mourir. Dans les maisons ils se mettent à vivre mais avec les défauts que la vie engendre : beaucoup tombent très malades, voire, meurent.

Le soin devient paradoxal à son tour : ici on donne tout, tous les objets demandés, tous les objets qui se voient. Mais symboliquement, qu'en est-il ? Les traumatismes se mettent à se penser et remontent à la surface, bruts, tels quels, non élaborés. Le champ clinique de la rue ne témoigne

pas souvent du traumatisme comme modalité de jouissance. Il s'agit plutôt ici de « s'autoriser à », souffrir, mourir dans le réel. Comment se regarder dans un miroir à présent ? Se réapproprier une image de soi, une estime de soi ? Comment se mettre à compter pour quelqu'un et céder au confort de l'anonymat et de l'interchangeabilité ? Tomber malade, encore et encore, car si l'on me guérit, existerais-je toujours ? Certains sujets régressent, ne se nourrissent plus que d'aliments pour bébés, se font de petites tresses et sanglotent.

Il est des bouts d'histoires gelés que la folie se met à faire parler. Dehors, mieux vaut se taire car la folie y est niée ou internée. Se pose en effet pour beaucoup de grands exclus la question de la psychose ou de la psychotisation : la maladie gravement décompensée réduit la distance entre soi et le néant. Pendant un temps, la vie en communauté compense cet écart, chacun y comptant pour un, chacun se sentant peut-être logé dans un « abri » qui protège de la psychose et de ses manifestations.

Parfois, l'équipe doute : certains actes frôlent l'absurde. On a dû faire une Carte Nationale d'Identité à un SDF qui a dû pour cela se couper barbe et cheveux afin de correspondre aux photos officielles...

PARTIR

*« Vivre sans espoir, c'est cesser de vivre »
(F. Dostoïevski).*

Nous assistons à des déplacements subjectifs, à une sorte d'interruption des désespoirs.

Si la plupart des sujets, une fois accueillis, se mettent à avoir de petits rêves, des espoirs, parlent de l'avant-rue avec nostalgie mais tendresse, peu à peu, certains se recroquevillent dans cette histoire de vie qui resurgit brutalement, trop brutalement sans doute. Le fantasme de « l'ailleurs » était-il plus économique que la réalité de l'ailleurs devenu « l'ici » ? Le clinicien s'est posé longuement la question du temps logique de la rue et a travaillé en conséquence. Il se pose la question de l'habitat et y travaille. Alors que se passe-t-il ? Ou plutôt que ne s'est-il pas « passé » ? Si le *passage* lui-même n'est pas suffisamment élaboré, si l'espace n'est pas suffisamment transitionnalisé pour autoriser le processus de la séparation, les sujets, à travers l'émergence de symptômes morbides, semblent dire combien, après avoir été prisonnier de la rue, ils se sentent à présent prisonniers à (de) l'intérieur.

Beaucoup tombent, retombent dans le silence. S'isolent. Ne supportent plus les autres. Sont intolérants à la folie les uns des autres. Ont peur de l'invasion de l'Autre et provoquent des conflits pour tenir l'autre à distance. Demeurent dans le noir devant la télévision éteinte. Parlent parfois de la mort, de leur peur de mourir, de la vie qui ne tient à rien. S'ennuient. Être SDF est un travail à plein-temps : tout « chômeur » se voit confronté au vide de l'ennui. Installent leur lit dos à la porte et à la fenêtre. Déchirent leurs papiers. Prennent beaucoup de nourriture mais ne la consomment pas. S'achètent des vêtements hors de prix mais ne les portent pas. La vie est en désordre là où la survie était réglée, voire ritualisée.

D'autres évoquent la chute comme s'ils y étaient encore. D'autres encore ne sourient plus et pour eux les problèmes s'accumulent : démarches administratives, papiers, reprendre pied dans la société peut dégrader. La projection repose sur le désir, or c'est ce dernier que la survie blesse.

Certains, quasi mélancoliques, rationalisent en permanence, n'ont plus d'émotions, ou encore se reprochent d'être des « survivants » quand des compagnons de rue sont morts. D'autres enfin ne semblent pouvoir renoncer à des réflexes de survie et font les poubelles des petites maisons. Mais ne viennent-ils pas là nous rappeler que la vérité réside dans le manque ?

C'est à partir de toutes ces situations que se dessine pour beaucoup une seule et même issue : partir.

Le constat clinique révèle néanmoins qu'il n'est pas question de retourner purement et simplement dans la rue comme si rien ne s'était passé. Psychiquement, dans la construction de ce rapport à l'Autre redevenu lieu possible d'hébergement, le sujet s'est déplacé et ne se présente plus au monde affublé des mêmes signifiants.

Alors on part, certes, retrouver le pilier d'autoroute où l'on avait laissé quelques affaires, mais il est devenu une « résidence secondaire ». On part squatter une porcherie désaffectée à vingt kilomètres, mais c'est « pour prendre l'air ». On part marcher trente ou quarante kilomètres par jour mais on rentre dormir dans la nuit, après la « randonnée ». Pourtant, certains, à la limite, veulent partir parce qu'ils n'ont plus de projets.

- Tel Pierrot, ancien maçon, qui, depuis son arrivée, construit des extensions, des maisons qu'il n'habitera jamais, comme l'anorexique fabrique des gâteaux qu'elle ne mangera jamais. Lorsqu'on le regarde faire et qu'il nous en dit quelque chose, on peut entendre que s'il s'arrête de construire, il se

confrontera à un vide sidéral et sidérant. Alors il construit... un lieu à quitter. Chacun d'entre nous doit avoir un lieu à quitter, pour faire une coupure, introduire une respiration, soupirer. Mais Pierrot ne sait pas où aller. Il perd l'usage de sa main, il était un « clodo », puis un « maçon », aujourd'hui, il est « malade ».

- Christine, elle, est psychotique. Elle sait donc deux fois ce que tomber hors du monde signifie ; c'est quelqu'un qui part, qui erre physiquement lorsqu'elle erre trop psychiquement. Partir la soigne. Lorsqu'elle est submergée d'angoisse, elle part squatter un hangar à cinquante mètres de sa petite maison. L'équipe lui laisse ses « ailleurs ». Christine est psychotique mais pas si coupée du social que cela. Lorsque les maux du corps la rattrapent et l'obligent à rester, elle frappe les autres ou se scarifie cruellement devant eux. Elle témoigne ainsi de la complexité des processus altéritaires, de leur construction et de leur restauration.

ENTRE LES MURS : À LA RECHERCHE DU PAIN PERDU

Il apparaît au bout d'un an qu'une fois la situation vive d'exclusion et de précarité passée, un point traumatique surgit dans cet après-coup. Comme si l'horreur du réel vécu ne se dévoilait que dans un second temps.

Ceci est la première hypothèse. Les formes de liens déshumains nous entraînent, nous, les cliniciens, dans l'après-coup, à devoir nous confronter à une nouvelle « errance », celle de sujets présents mais absents parce que captifs de processus de décomposition identitaire, soit de traumatismes suraccumulés en catastrophe subjective

La seconde hypothèse, complémentaire et non pas opposée, repose sur l'émergence des souvenirs auparavant radicalement refoulés, refoulement qui est la condition même de la survie. Tout se passe alors comme si la réminiscence, loin d'être thérapeutique, fabriquait du trauma. « *L'hystérique souffre de réminiscences* ». (Freud, 1904) Les sujets mis à l'abri également... le souvenir semble en sauver certains et en tuer d'autres. S'il surgit sans être ressaisi symboliquement, il demeure sous les traits d'une image traumatique. Yizkor... *Souviens toi* enjoint la Prière des Disparus qui égrène les noms des morts pour les inscrire dans l'ordre communautaire. Manière d'inscrire le nom du père dans l'éternité puisque se souvenir continue de faire advenir le nom. C'est ici vital, la dimension vitalisante du souvenir qui détraumatise la perte qui, certes demeure cruelle et révèle l'absence, mais ne touche plus au néant. Le souvenir sauve lorsqu'il devient une force témoignant de l'existence du sujet. Mais lorsqu'il est reconvoqué après-coup, il peut

surgir sous la forme d'images violentes, plus violentes que le réel. Le sujet est impuissant face au souvenir, paradoxalement, il ne l'était pas dans la résistance au quotidien que nécessitait la survie.

La loi sociale folle et perverse rend la clinique parfois radicale : puisque rien n'est fait, on va « tout » faire, tout, c'est-à-dire trop... l'évaluation, le capitalisme et la pulsion de mort tuent doucement toute forme de vie et/ou de résistance au-delà du réel. Entre les murs, le clinicien s'épuise d'entendre combien la rue est idéalisée, la pensée, magique. Comment continuer ? À porter le désir ? À penser l'autre ? À supposer le sujet ? À créer le monde des uns avec les autres ? Lorsque le collectif est atteint, derrière le sujet ne demeure que l'individu.

« Le danger est qu'une civilisation globale, coordonnée à l'échelle universelle, se mette un jour à produire des barbares nés de son propre sein à force d'avoir imposé à des minorités de gens, des conditions de vie, qui en dépit des apparences, sont des conditions de vie de sauvage » (Arendt, 1951).

Si l'espace éthique est un ensemble vide, c'est l'idée même de l'existence d'un « monde commun », pour citer encore Hannah Arendt, qui est remise en cause. Ce n'est plus à un malaise que nous assistons mais à un désastre où l'autre n'est plus l'essence du vivre ensemble, mais le reflet du désêtre seul. Dans une sorte de solitude du penser, paradoxale de s'éprouver au cœur d'une communauté, c'est l'après-coup de la rue, de l'exclusion, de la précarité : et si c'était le désert ? Si au cœur de la survie le sujet s'était éclipsé, dans la vie, les consciences s'aiguisent et le sujet, refaisant surface doit s'atteler à un renoncement : celui d'un idéal. Il nous faut inventer un travail social de la culture qui tiendrait compte de la blessure redoublée qui consiste à s'humaniser pour se retrouver dans de l'inhumain : les sujets se déplacent, changent mais rien ne change autour d'eux.

Le travail du clinicien a consisté à passer d'une clinique du regard à une clinique de l'écoute. Il lui faut à présent construire une dynamique collective, penser l'autre comme venant de rompre avec l'isolement de la rue mais aussi et surtout avec la logique sociale que la rue exacerbe, compétitive et qui enjoint le sujet à être seul contre l'autre, rompre avec la violence de ces discours, avec les processus de psychotisation qu'engendre le morcellement social. Le travail du clinicien consiste, plus singulièrement, à être très attentif à l'après-coup : lorsque les sujets sont à l'abri, la question de la rue, des enchaînements de « causes » à l'origine de la perte, réapparaît et il semble que la confrontation à cette question qui les a « mis » dans la rue, les fasse renouer avec des registres

archaïques. L'excès de maternel installe dans une dépendance dont la rue les avait peut-être sauvés. Parfois, c'est un travail à l'envers qu'il nous faut accomplir, non pas se souvenir mais apaiser le souvenir, transformer le trauma en épreuve, ne pas céder sur le pari du sujet qui, seul, peut modifier le chaos du monde. Les petites maisons peuvent représenter là le siège de cet étayage nécessaire mais qu'il nous faut accepter comme n'étant, peut-être, que passager.

Peut-être faut-il inventer des lieux alternatifs, « créer » de l'errance féconde, façonner des points de repères sans lesquels on court au naufrage, une manière de s'expliquer le monde. Inventer un espace entre le tout-enfermement-dehors et le tout-enfermement-dedans ; un espace transitionnel au sein duquel seraient élaborés les excès de dons ? Hypothèse s'appuyant sur ces situations cliniques où les cliniciens semblent tellement contenir l'autre et ses affres qu'il ne reste à cet autre que la solution de s'échapper radicalement, c'est-à-dire de mourir. Il ne s'agit jamais de suicides à proprement parler mais de suites de maladies non déclenchées jusqu'alors ou bien même de morts subites. Mort subite du nourrisson, mort subite du SDF... abrégé les souffrances d'un air irrespirable, une articulation possible ? Ou, à l'inverse, créer un espace « palliatif », sorte de sas de « soins intensifs » dans lequel serait renforcé, durant un temps ponctué d'analyses, l'excès en question ? Un « environnement parfait » comme dirait Winnicott (Winnicott, 1949). La rue était-elle une « solution » face à une jouissance impossible, une « tentative de guérison » ? Le « maternant » de l'équipe est-il devenu insupportable ? L'après-coup révèle l'atteinte des conditions mêmes de la subjectivation qui s'exprime dans le constat que faire lien s'avère problématique.

Face à des sujets qui périssaient dans la rue mais qui périssent également dans l'« enclos », le clinicien se doit d'inventer une façon de travailler qui tienne compte de la rue comme « solution », créer des interstices symbolisants, concevoir des issues faites d'allers-retours. Il ne s'agit pas plus ici que dans une clinique plus ordinaire, de guérir, mais d'écrire le texte de logiques impossibles. Est-ce à l'autre ou au clinicien que la survie est insupportable ? Lorsque les chutes des sujets mis à l'abri s'accélérent, la séparation ne peut relever de l'analyse du transfert ; les sujets, n'en finissant pas avec nous, en finiraient-ils avec eux-mêmes ? Cette supposition est grave car elle postule que le transfert est nécessaire, certes, mais qu'il peut se dénouer en impasse : le risque que pressent le sujet dans l'analyse du transfert, c'est-à-dire dans la séparation d'avec le clinicien pourrait relever d'un retour en force du réel.

CONCLUSION : TEMPS LOGIQUES

« *Les idéaux se succèdent, on les dépasse, ils tombent en ruines, et puisqu'il n'y a pas d'autre vie, c'est sur ces ruines encore qu'il faut fonder un idéal dernier.* »
(F. Dostoïevski).

La tâche du clinicien dans des contextes extrêmes, ces situations où la vie est menacée à chaque instant, ces situations où un être a le sentiment d'une menace d'exclusion de l'humanité, a deux dimensions, l'écoute et l'analyse du transfert dans une rencontre singulière et la nomination et la transformation du *no man's land* spatial et du *no future* (Rassial, Benhaim, 2009) (in) temporel dans lesquels se déploient des psychopathologies inédites.

Freud et Lacan à sa suite ont posé un incontournable : la subjectivité et les processus psychiques qui participent de son émergence, se déterminent dans les interstices d'un discours culturel et d'un lien social. Si le contexte se dégrade gravement, au travers de survies, de violences subies et agies, de meurtres, l'effet interne au sujet est incontestable du côté de ce que Freud nommait déjà dans son *Malaise* (Freud, 1929), « l'auto-anéantissement ». Si chacun d'entre nous peut rencontrer, ne serait-ce qu'au travers du champ dit de la dépression, au détour d'évènements inévitables de la vie que sont les deuils et les ruptures, de tels mouvements dont il devient difficile de distinguer la part interne et la part extérieure ou réactionnelle du sujet, ce que notre clinique nous amène à regretter c'est l'aspect massif de ces processus.

Voici à présent longtemps que l'institution psychiatrique se trouve dépassée par ces tableaux psychotisants et n'en assure plus l'asile, ne pouvant penser ces corps nus, c'est-à-dire dont semble s'être absente toute dimension psychique, autrement dit, humaine, jusqu'à ne plus s'exhiber que comme organismes écorchés, donnés à voir, et rendant pourtant aveugle le regard de l'autre qui, au coin d'une rue ou d'un squat, se détourne ou se pose dessus comme par inadvertance. Cet autre n'en est plus un : bien pire, il est menaçant. C'est peut-être ici le point où l'Autre social bascule de la mélancolie à la paranoïa (O. Douville, 2001).

Il reste aux cliniciens que nous sommes à nous saisir de ce choc et à en faire le socle même de nos pratiques, nous qui avons à notre disposition quelques repères en matière d'*Hilflosigkeit* (S. Freud, 1895), ce « désaide » qui ne peut que laisser le nourrisson en proie au chaos et à la néantisation si personne n'est là pour le supposer et l'entendre, et de ce qui, des fonctions corporelles et psychiques, peut, en termes de soins, en constituer un certain étayage. Faire d'une rencontre que nous suscitons dans nos déplacements géographiques (travail de rue)

et théoriques (prendre l'initiative du transfert), le point d'un infime sauvetage des corps et des esprits.

Nous avons dégagé trois temps logiques : le premier recouvre la déambulation du clinicien à la rencontre de l'autre et sa participation à sa mise à l'abri. Le deuxième temps, celui du soin et de la « réanimation » suppose de devoir se confronter à un moment d'affolement d'un sujet soudain « déplacé », géographiquement, socialement et surtout, psychiquement. Si l'équipe supporte, contient, étaye, encourage les « ailleurs » et les allers-retours, le temps s'ordonne, l'espace s'ouvre, le sujet s'apaise. Le troisième temps voit émerger des demandes de psychothérapies pour certains : « je veux comprendre », comprendre sa propre rencontre avec la jouissance. La rue se questionne, elle n'est plus un point d'horreur fixe ou, à l'inverse un point d'idéal dont on aurait la nostalgie, elle devient un lieu du sujet dont il demande à parcourir les méandres énigmatiques.

Mais va-t-on pouvoir inventer et réinventer encore longtemps notre éthique clinique au sein d'une fracture qui s'étend et ne pose plus le problème que du côté de dangers à réduire et d'urgences à pallier ? Comment, si nul relais n'est pris sur le versant d'un Autre qu'incarnent des figures politiques, poursuivre notre entreprise réduite à cette tentative de restauration de l'altérité ? C'est-à-dire comment ne pas s'enliser et s'épuiser à cette place où il est exigé de nous, comme de la mère primordiale et archaïque, *tout*, sans espoir qu'une fois le processus de désillusion entrepris, des noms du père feront points d'accroche pour qu'une inscription sociale se décline autrement que sous les atours d'un réel sidérant mais plutôt entre des signifiants qui représenteraient enfin des sujets de façon présentable ?

L'urgence est d'établir ou de rétablir un fil qui unirait la pensée, le corps et l'acte car c'est bien de ce type de délitements mortifères dont nous sommes les témoins, parfois découragés. Eros n'est plus qu'au service de cette sorte de gestion de l'urgence impensée qui tisse toute économie psychique de survie. Les patients requièrent chez le clinicien une dose de patience incommensurable parfois, si l'on veut voir s'esquisser un affect qui nous indiquerait que le sujet renonce à en finir avec son être même, problématique que recèlent nombre de formes d'addictions qui semblent n'être régies aujourd'hui non plus par le seul principe de plaisir mais véritablement par son au-delà exclusif, la seule pulsion de mort. La position clinique qu'étaye l'éthique même de la psychanalyse est de faire le pari qu'un corps va se laisser atteindre par un discours. C'est ici que le dialogue amoureux mère-bébé nous est

d'un enseignement précieux quand à ce dont peut relever une présence humaine signifiante.

Au croisement des déliaisons sociales et des désubjectivations singulières (M. Benhaim, 2005), dans la rencontre entre des processus psychiques propres au champ des exclusions et plus particulièrement dans ce qu'il en résulte des atteintes au corps, en termes de morcellements ou d'anesthésies, dans la rencontre donc entre ces processus et la pensée, relevant notamment de sidérations, chez des sujets errants, dans ce qui se noue des mouvements psychiques internes et transférentiels que remanie le réel du symptôme dans le corps, c'est-à-dire, toutes ces occurrences finalement où ce registre se voit convoqué sous les traits pulsionnels de la mort, ces traits censés rester tapis dans l'ombre inconsciente de ce qui détermine en partie nos positions dans les discours, et de la façon dont nous en demeurons néanmoins les lieux d'adresse, au sein donc de ce qui en découle d'une désertification du champ de l'Autre et de l'altérité, se révèlent l'essence des liens sociaux actuels.

La position clinique consiste en l'engendrement de plaintes là où le corps a envahi la totalité de l'espace du dire. « Le sujet *possède* un corps » dit Lacan (1960). En effet, la question ne se pose que lorsque l'image spéculaire s'est constituée et que la distinction intérieur-extérieur a pris un sens puisque le sujet « possède » dès lors un corps. Pour le dire en d'autres termes, l'élaboration transférentielle va consister à réamorcer un peu d'imaginaire qui défigerait la massivité des situations de détresse et rendrait aux objets pulsionnels que sont la voix et le regard leur fonction d'introduction d'un lieu d'adresse d'une demande qui rendrait légitime l'existence du sujet. Si le clinicien, se positionne, dans sa référence au discours analytique, comme faire-semblant de « déchet », il y a une chance que cela permette à l'autre de ne pas (plus) avoir à l'incarner. L'indifférence ambiante équivalente à un Autre social aveugle dont le sujet se sent totalement rejeté, déprime le sujet de ses signifiants : c'est pourquoi il erre, traînant des bouts de corps malade ou prisonnier de ses pulsions destructrices pures.

Errance ou déshérence, l'existence est sans limites, sans cadre, sans fond, excessive. Si entre le sujet et l'Autre, le symptôme manque à se construire, signant le hors-limite, le hors-cadre et l'excès, une étape clinique propice à des esquisses de productions imaginaires peut reposer sur le clinicien donnant corps à la rencontre, entre le sujet et l'Autre. Les déliaisons sont dangereuses : elles mènent au désespoir... qui mène aux déliaisons... Le désespoir, au cœur de l'inhumaine condition moderne est inconsolable, c'est ce dont semblent témoigner, ces corps malades

figés qui, du fond de leur solitude, n'attendent « rien », « abîmes en eux-mêmes » comme disait F. Kafka (1910-1923).

Jusqu'à quand ce meurtre social qui conduit à des milliers de morts prématurées va-t-il perdurer ? Pour penser, il faut du temps, réintroduire de l'historicité, être courageux et déterminé. Le clinicien subvertit la pensée car il ne régule pas les besoins, ne formate pas la demande, ne protège pas l'ordre social, ne corrige pas des troubles, ne gère pas des fous dangereux. Il bricole, il invente, il crée. Il travaille avec et dans le transfert au sein d'un espace d'attente sans objet, ainsi, ne peut-il se situer qu'à rebours des discours dominants. Il vise à construire un lien pacifié, une sorte de réappropriation de l'intime en le sujet, sujet désorienté en ce lieu profond, même lorsqu'il est à l'abri, par les expériences extrêmes où toutes les exclusions ont été réelles. Ce transfert est dit « extrême » d'engager les sujets (clinicien et personne rencontrée) dans une proximité clinique visant à accueillir la violence du réel, la violence faite au corps, la violence faite à l'autre, la violence psychotique. Parler à l'autre dans sa solitude, consoler, consiste à donner les mots qui pourraient dire un peu l'effroi.

Il nous faut penser le temps de la transmission : les sujets à l'abri, à travers une écriture ou un récit de témoignage feraient peut-être accéder l'horreur individuelle à la mémoire universelle. Transmettre s'inscrit dans ce que nous nommions historicisation. Les émergences subjectives auxquelles nous assistons témoignent de mouvements essentiels et nous permettent de faire l'hypothèse que si résistance il y a, elle est à situer du côté du clinicien. La proximité se définit ainsi de supporter une adresse et suppose ce regard, cette voix, qui signifie et légitime l'être au monde d'un sujet dont le sentiment d'appartenance à l'humanité a été atteint. Et derrière le violent rejet dont le clinicien peut être parfois l'objet, nous supposons un appel silencieux : c'est ce que peut recouvrir la mise en place d'un cadre sans murs ou d'un trottoir sans divan dans lesquels pourra s'introduire, sous transfert, une face commune entre le sujet et le clinicien en lieu et place du mur qui s'est élevé entre le sujet et le monde.