

[CLINIQUES]

REINE COHEN : *CLINIQUES DE LA PRÉCARITÉ***De l'habitat de la folie à l'accompagnement de l'errance**

Intervention de l'EMPP du 13^{ème} arrondissement
(Cadre socio-éducatif, Éducatrice spécialisée, Infirmier, Psychiatre)
2^{ème} journée Psychiatrie Précarité
(7 octobre 2024 Hôpital Sainte-Anne)

La question des cliniques de la précarité s'organise selon deux axes : la précarité **comme agent pathogène**, qui est massivement une clinique du trauma, la précarité **comme symptôme**, qui est la clinique de ce qu'on nommera la psychose de rue.

Nous ne parlerons pas de la précarité **comme trauma**, où les troubles découlent de la perte des arrimages à un monde externe défaillant ou hostile. Nous ne parlerons pas des migrants, ni de ceux qui sont mis au rebut d'un monde où règne sans limite la loi du plus fort. Nous ne participerons pas au remplacement de la parole et de l'action politique manquantes par un discours et des pratiques qui constitueraient comme catégorie « nosographique » ceux-là que le monde rend malades. Dans un discours qui se construirait dans l'oubli de ce qui préside à l'apparition des « troubles », la sollicitude soignante viendrait recouvrir la nécessaire colère contre ce monde sauvage. Ces « précaires » sont en vérité les *précarisés*, et ce nom est une catégorie politique. Dans *Les Misérables*, les personnages manifestent leur ressource subjective contre ce qui les nie. Le titre original des *Misérables* était *La Misère*, celle qu'on ne peut pas accueillir quand c'est celle « du monde » mais dont il faut « prendre sa part ». Saluons Victor Hugo pour avoir subjectivé son titre.

Comme soignants, nous avons bien sûr à accueillir un par un ceux dont la vie bouleversée porte les stigmates des blessures que le monde leur inflige. Nous avons à soutenir, avec eux, dans l'espace de parole que nous leur proposons, la mobilisation de leurs ressources psychiques, face à ce qui, justement, les désobjective, les réduits à être les objets d'un destin présenté comme sans alternative. Cet espace de parole ne peut se tenir que dans la reconnaissance sans résignation de ce qui prévaut au dehors, là où ces sujets disparaissent pour devenir des problèmes, des charges, des populations à gérer.

L'habitat de la folie, qu'est-ce qu'habiter ?

Nous parlerons donc de la **précarité comme symptôme**. Le premier titre de cette intervention était « *quel hébergement pour la folie, quel accompagnement pour l'errance ?* », mais la réflexion sur la clinique nous a conduits à distinguer la question de l'**hébergement** et la question de l'**habitat**. **Habiter, ce n'est pas seulement être logé ou hébergé**. Habiter c'est être dans un lieu dans lequel on est inscrit par la succession des couches qui introduisent à la fois une séparation et une continuité entre l'intérieur et l'extérieur. Nous connaissons tous **des sujets qui sont logés, mais qui n'habitent pas**. Nous croisons aussi ces **habitants de la rue**, ceux qui ne veulent pas *sortir du dehors*, qui peuvent y construire un « chez soi », mais en totale discontinuité avec le monde extérieur, sans les seuils qui organisent la transition entre leur cocon et le monde.

On peut dire que concernant la question « habitat et psychose », il y a trois zones principales :

- **ceux qui sont « habités par leur psychose »**, la construction qui fait leur ossature, leur signature, et qui, quand ça ne tient pas sans soins, nous apportent cette construction en consultation (au CMP) ;
- **ceux qui habitent avec leur psychose**, celle qui envahit leur logement, avec les voisins qui parlent d'eux, les produits toxiques qui traversent les murs, le plafond, le plancher, et dont les difficultés de cohabitation avec le voisinage nécessite l'intervention des équipes mobiles de liaison avec les bailleurs sociaux (ELIAHS) ;

- **ceux**, enfin, **qui sont** dans le no man's land, à la marge, **dans l'inhabitable**, ceux qui refusent de sortir du dehors, d'être inclus. Ce pays hors du monde, à peine accroché à sa limite, proposons de l'appeler la *Psychosie*. C'est ce territoire radicalement extérieur que l'EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) arpente, s'exposant à une rencontre improbable, ou à son ratage.

Il m'est venu, en préparant cette intervention, l'idée que **le premier habitat du parlêtre**, de l'être humain en tant qu'il est doué de parole, **c'est l'oreille de la personne qui l'entend**, et ce, même quand il ne parle pas, ou pas encore. Il habite dans l'oreille de la personne qui lui prête une activité psychique. Ce point rend raison du fait bien connu que, parmi ceux qui survivent à la rue, il y a une grande proportion d'anciens enfants placés, qui ont souffert d'une difficulté extrême à construire et se construire dans le lien à cet autre premier, qui a manqué à leur prêter l'oreille, à leur donner la parole.

Si on convoque le génie de la langue, on dira qu'**habiter, c'est avoir un toi-t au-dessus de sa tête**, qu'il faut écrire avec « T » et sans « T ». Écriture dans laquelle, le « toi » sans T, c'est cet autre qui nous parle, qui parle notre existence avant que nous ne parlions. Celui auquel dans les religions, on s'adresse en lui disant « tu ». Celui des formules sacerdotales dans lesquelles le sujet parle « comme il est dit » et non « comme il dit ». Il y a une phrase dans la liturgie de la Pâque « *et toi aussi, en ce jour, tu diras à ton fils, comme il est dit* », cette injonction qui indique la dette que nous contractons envers l'autre quand nous parlons.

À quel assujettissement à l'Autre, à quelle dette, ne peuvent-ils consentir, **ceux qui habitent l'inhabitable** ?

Eux, qui vivent comme j'ai pu le lire dans un texte dont j'ai perdu les références, « *ivres de l'espace et inconscients du temps* », eux, que nous croisons dans nos rues, leur extériorité à notre monde suscite d'abord, chez le passant ordinaire, un malaise sourd qui évoque *Das Unheimliche* cette inquiétante étrangeté dont parle Freud. *Heim*, en allemand, c'est la maison, *heimlich* signifie secrètement, *unheimlich* effrayant. **L'inquiétante étrangeté, l'étrange familier**, témoigne de la rencontre de ce à quoi, pour habiter ensemble dans le monde, nous avons dû renoncer, pour supporter de ne plus faire un avec nous-mêmes.

Rencontres et trajets cliniques

Le disparu du boulevard

Ce solipsisme (position dans laquelle il n'y a pour le sujet d'autre réalité que lui-même), nous l'avons rencontré dans sa figure la plus radicale en la personne de **Bernard**, le disparu du boulevard.

Cet homme, frisant la cinquantaine, se tenait dans les rues de notre territoire. On le croisait, on bavardait, on lui offrait des cigarettes ou du café. Il parlait peu, on ne savait presque rien de lui ; à toute question, à toute proposition d'aide, il répondait non. Pour nous, se tenir dans le dehors radical, physiquement et psychiquement, était parfois éprouvant. Et pour rencontrer nos semblables si dissemblables, nous avons voulu les inviter dans une sorte de chez-nous errant. Alors nous avons constitué un bureau mobile : une table pliante, quatre tabourets, un sac avec des tasses et du café. Avec certains, ça a permis un temps de rencontre qui les décollait du sol.

Un jour, Bernard était sur son banc, sur le boulevard, nous nous sommes installés pour passer un moment avec lui. Comme il ne disait jamais 'oui' (il pouvait prendre sans un mot la cigarette qu'on lui tendait), ce jour-là, l'un de nous a dit « *vous n'allez pas refuser un café ?* ». Il a répondu « *non* », et a pris la tasse. Nous avons passé un moment, là, avec l'idée que c'était le début d'un accueil. Mais il a disparu. Nous ne l'avons pas retrouvé, et nos recherches n'avaient pas trouvé de preuve de sa disparition. Nous avons appris récemment qu'il hante d'autres territoires, croise d'autres maraudes et équipes mobiles, se repose dans d'autres haltes provisoires. **Il a**, pour ainsi dire, **changé de 'hors-lieu'**.

Sans doute avons-nous, ce jour-là, commis deux actes paradoxaux et donc effrayants pour cette position solipsiste à laquelle il (se) tenait : un acte tangible - installer un peu de notre dedans dans son dehors - et un acte de parole - insérer son refus dans une question qui le transmuait en acceptation. Ce n'était pas prémédité, mais cela nous a donné et nous donne encore beaucoup à penser.

Le ressuscité de l'Asile

Mais incarner, présenter, rendre présents l'absence ou le rien, est autre chose que dire. En cela, **Azraël**, le ressuscité de l'Asile, est comme l'envers de Bernard. Je l'ai appelé ainsi parce que c'est l'anagramme de Lazare, un ressuscité plus connu. Mais pour Azraël, la parole qui a soutenu la rencontre n'était pas « *lève-toi et marche* » mais « *assieds-toi et parle* ».

C'était en 1986, à l'époque la psychiatrie en précarité n'existait pas. Il arpentait depuis sept ans la région où je travaillais, en cela chemineau plus que clochard. Il avait perdu tout ce qui faisait tenir sa vie fragile, compagne, enfant, travail domicile. Il est arrivé à l'H.P. où, il y a quarante ans, on entrait comme dans un moulin, ou une auberge, étant adressé par un médecin qui nous écrivait « *n'a plus où aller, a tout perdu, semble déprimé* ». Lui-même n'avait énoncé à son arrivée que des demandes de solutions pratiques à sa détresse pratique. Par deux fois, les réponses « pratiques » (hébergement en famille d'accueil) ont échoué. Alors il fallait décider que sous la plainte sociale, il y avait quelque chose qui concernait la psychiatrie. Pendant plusieurs mois, **le « rien » a saturé son propos** : « *je n'ai rien, je ne suis rien, je ne peux rien, je ne comprends rien, je ne pense rien, je ne veux rien* » et même, alors qu'il était dans une totale dépendance, « *je ne demande rien* ».

De mon côté, épuisée par ce tsunami nihiliste, n'en pouvant plus, je finis par lui lancer un jour « *eh bien, grâce à vous, je vais devenir célèbre. Je vais écrire que j'ai rencontré un rien et qu'il m'a parlé* ». Et là se produit quelque chose d'incalculable, et donc de miraculeux, même si dans l'après-coup cela devient lisible et rend lisible ce qui a précédé et ce qui suivra. Il me répond « *avec vous, c'est pas pareil, parce que j'ai une place* ». À partir de là s'engage un travail long, près de deux ans, au cours duquel il retrouvera ce qui semblait perdu à jamais, ce qui lui permettra de demander et d'accepter l'aide et les aides dont il avait besoin pour retourner dans le monde. La réponse qu'il avait faite à ma déclaration, et dont l'équivocité ne m'est apparue que bien après (que désignait-il par « place » : un abri pour son corps, un lieu pour sa parole ?) est peut-être ce qui m'a conduite à l'idée quand même un peu bizarre de **l'habitat dans l'oreille**. Elle rend aussi raison de notre proposition de distinguer hébergement et habitat.

L'errante immobile : avec « toi » ou sans « toit » ?

Élise est une énigme. C'est une femme de 70 ans, que nous avons croisée des centaines de fois, sans jamais vraiment la connaître, ou plutôt sans savoir grand-chose à son sujet.

L'EMPP fait la connaissance d'Élise en 2020 sur le quai du métro 14 à *Olympiades*. Son visage dissimulé par sa chevelure grisonnante, vêtue de vêtements trop grands, elle semble vouloir disparaître. Un paradoxe saisissant : elle tend la main pour quémander, puis rejette l'aumône.

Élise est née d'un père français et d'une mère vietnamienne. Nous ne savons pas si elle a des frères et sœurs. Au décès de ses parents, elle dit avoir volontairement laissé son logement « *pour être plus libre* ». Elle est donc à la rue depuis plus de vingt ans.

Actuellement, elle vit dans les parties communes d'un centre commercial et des habitations adjacentes. Les agents de sécurité, les résidents et les commerçants constituent son cercle de connaissances, ce qui constitue un voisinage qui est aussi un entourage. Ce souci de son entourage s'est concrétisé dans la création d'un groupe WhatsApp fait par un riverain, groupe de riverains dénommé « SOS Élise », groupe de veille et d'accompagnement auquel notre équipe a été intégrée.

L'identité d'Élise a longtemps été floue et changeante, mais des recherches obstinées ont enfin permis en 2024 de retrouver un extrait d'acte de naissance, rendant possible de mettre en place une mesure de protection juridique et de faire les demandes de ressources.

Élise, tout en sollicitant un hébergement stable, notamment au sein d'une congrégation religieuse, refuse toutes les propositions, même quand elles coïncident avec ses demandes. On peut penser que ces demandes constituent un lien avec nous, plus qu'une véritable attente de satisfaction.

Malgré notre présence durable et régulière qu'elle accepte volontiers, dès que nous évoquons notre rôle d'équipe soignante, elle se met immédiatement sur la défensive, manifestant une méfiance profonde envers toute proposition s'inscrivant dans l'idée de soins. Il faut dire que son état psychique est d'une grande stabilité, même si elle se tient dans une position et un style qui nous déroutent et nous inquiètent.

Depuis que nous la connaissons, son état de santé physique s'est gravement détérioré. Extrêmement amaigrie, elle présentait régulièrement des plaies au visage et au crâne, conséquences probables de

chutes ou de violences. Ces blessures ont entraîné de multiples passages aux urgences et deux hospitalisations en psychiatrie, dont une organisée par l'EMPP. Un soir d'hiver, la vie d'Élise a basculé. Retrouvée inconsciente et frigorifiée à 31°, elle a frôlé la mort ; elle a pu bénéficier des soins intensifs nécessaires et a finalement pu surmonter cette épreuve. Malgré cette épreuve et ces hospitalisations répétées, sa situation n'a que peu évolué, et elle est à chaque fois rapidement retournée à la rue car elle refusait toutes les solutions proposées.

Le refus d'Élise d'être hébergée ou soignée place les professionnels de santé dans une situation délicate. Ce choix, profondément personnel, met en évidence les limites de **l'accompagnement** tout en soulignant l'importance cruciale de notre **présence**.

Si nous pouvons parler, à son sujet, d'**errance immobile**, c'est que, bien que géographiquement fixée, il nous semble qu'elle n'habite pas notre monde, mais qu'elle se tient dans **une enclave**, tenue par l'entourage qui l'a en quelque sorte « adoptée ».

L'occupante vagabonde : avec toi pour un toit ?

En janvier 2023, nous avons fait la connaissance de **Sarah**, âgée de 33 ans, dans un lieu d'accueil de jour et de mise à l'abri pour les femmes sans-abri. Son histoire, marquée par des placements dès l'âge de douze ans, l'a conduite à une existence erratique, oscillant entre la rue et les hôpitaux. Vivant officiellement en province, elle dispose d'un logement qu'elle dit ne pouvoir occuper, du fait de la présence d'occupants illégaux, hostiles ou dangereux. Elle est arrivée en 2021 à Paris, où elle avait déjà séjourné et été hospitalisée en tant que DIRP (domicile inconnu en région parisienne, nouvelle appellation des SDF). À l'accueil de jour de la Cité des Dames, elle a pu s'inscrire dans une présence récurrente, qui a permis d'envisager des soins, mais la rue la rattrapait. Son addiction au crack, combinée à une profonde solitude, a rendu son parcours particulièrement difficile. Malgré nos efforts pour l'accompagner et la stabiliser, Sarah a rompu avec l'accueil et les soins à plusieurs reprises, vivant dans la rue, sous une tente qu'elle installait dans divers endroits.

Perdue de vue entre juillet et décembre 2023, Sarah est réapparue, méconnaissable. Les séquelles de ses expériences traumatiques de rue étaient manifestes : une extrême fragilité, un tableau psychiatrique plus critique, avec des idées suicidaires récurrentes et une violence tournée contre elle-même et son environnement. Sarah semble prisonnière d'une spirale autodestructrice. Chaque avancée est rapidement suivie d'une rechute, **comme si la rue l'attirait inexorablement**. Malgré tout, la mise à l'abri tient mieux. Elle est de plus en plus en lien avec les professionnelles et surtout les autres résidentes. À l'accueil, chacune lui vient en aide pour qu'elle écoute de la musique (prêt de téléphone), lui coiffe les cheveux... Elles apprennent toutes à vivre ensemble. Mais les moments de crise et les passages à l'acte (crises suicidaires, vols), qui mettent en échec un environnement institutionnel et un entourage peu préparés à faire face à ces situations, conduisent finalement à son exclusion ; cela, au moment où l'inscription dans les soins de secteur (CMP) et un projet d'hébergement commencent à s'élaborer.

Outre son ambivalence, les obstacles « administratifs » aux projets d'hébergement nous donnent du fil à retordre : elle a un bail en province, que le juge des tutelles refuse de résilier tant qu'elle n'a pas d'hébergement, mais l'hébergement que nous tentons de mettre en place avec les équipes de « *Un Chez Soi d'Abord* » ne s'adresse qu'aux personnes sans logement. Il nous faut donc vaillamment négocier avec la conviction que c'est la situation clinique qui doit primer sur les cadres procéduraux.

En septembre 2024, Sarah est enfin acceptée dans le cadre de « *Un Chez Soi d'Abord* ». Nous faisons appel à tous les partenaires du travail en précarité afin de la retrouver et lui annoncer qu'un logement l'attend.

Le lien ténu avec l'EMPP tient, nous supportons ses absences, nous maintenons nos propositions et parvenons à organiser la prise du traitement médicamenteux au CMP. Enfin, Sarah maintient depuis sept mois des relations suivies avec la CDD, ce qui constitue une avancée significative. C'est la première fois qu'elle supporte une telle durée sans disparaître. Le projet de logement a été un véritable moteur pour elle, lui offrant une perspective d'avenir et renforçant sa motivation. Cette réussite est le fruit d'une collaboration étroite entre l'EMPP, la CDD et le CMP, dont les liens ont permis de construire **une « continuité discontinue »**, c'est à dire une articulation souple, apte à contenir les attaques du cadre qui sont un des symptômes de Sarah.

Nous espérons que la proposition d'avoir un « chez soi », construite à partir du soin et de la rencontre avec Sarah et pas seulement dans l'espace du « droit social », lui permettra d'**habiter vraiment**, et de ne plus être l'occupante vagabonde de lieux qu'elle n'arrive pas à investir.

Du plus fermé au plus ouvert : itinéraire d'hospitalités

Le passage d'une **pratique d'infirmier** en service psychiatrique fermé à un poste d'infirmier en EMPP a conduit l'infirmier de l'équipe à interroger les différences entre ces rôles, et plus généralement les principales différences entre la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques à l'extérieur et en hospitalisation fermée.

L'infirmier **en EMPP** intervient sur le terrain, auprès des populations précaires vivant dans la rue, dans les centres d'hébergement, pouvant être accueillies dans diverses structures de jour (ESI, haltes, etc.). Ces personnes, quand elles souffrent de troubles psychiatriques, sont souvent éloignées du système de soins traditionnel. L'objectif est d'aller vers ces individus, qui n'ont pas accès ou ne souhaitent pas bénéficier des services de santé existants.

Le travail infirmier en EMPP est non institutionnalisé, assez informel, alors que dans une unité psychiatrique fermée, les interventions se font dans des lieux repérés, distincts (chambres fermées, chambres ouvertes, parties communes, infirmerie) qui conditionnent les modalités de travail. Le cadre est fortement institutionnalisé, avec des protocoles stricts en matière de sécurité et de soins.

En milieu hospitalier fermé, les patients sont admis sous contrainte, ce qui peut conduire à des relations conflictuelles avec les soignants. L'infirmier peut parfois imposer les soins. L'objectif est, à plus ou moins long terme, de permettre à la personne hospitalisée de comprendre que les soins sont nécessaires pour améliorer son état. L'infirmier doit installer dans la durée une écoute bienveillante, mais la dimension de l'urgence peut parfois entraver ce processus. En revanche, la relation entre l'infirmier **en EMPP** et les patients repose sur l'accord supposé. Les patients ne sont pas en situation de contrainte de soins ; l'objectif est donc de créer un lien de confiance. Les patients sont souvent réticents aux soins psychiatriques vécus comme stigmatisants, et ceux qui vivent dans la précarité peuvent percevoir ces soins comme un problème supplémentaire. Il est indispensable de leur donner le temps dont ils ont besoin.

Alors qu'**en milieu hospitalier**, l'infirmier intervient sous contrôle médical, dans un cadre strictement encadré par la loi (notamment la loi sur les hospitalisations sans consentement), l'infirmier **en EMPP** bénéficie d'une grande autonomie dans la gestion de son travail. Il doit s'adapter aux réalités du terrain, travailler en coordination avec divers acteurs. Son rôle est principalement axé sur la prévention, les soins et l'accompagnement psychosocial. Il évalue les situations des patients, identifie leurs besoins en santé mentale et oriente les personnes vers des structures de soins adaptées. Les interventions peuvent inclure des consultations en rue, des visites dans des centres d'hébergement, des rencontres impromptues, comme lors de maraudes et le but est aussi l'acceptation du soin et de l'aide sociale mais sans l'étagage des structures de soins ordinaires.



Après avoir relevé les différences entre ces deux situations de soins, il est intéressant de définir les points qui dessinent le cadre de travail à partir duquel un infirmier en EMPP peut accompagner des personnes en errance.

- Se rendre physiquement **là où se trouvent les personnes** et s'adapter à leur lieu de vie. Il ne faut pas se contenter d'attendre que les personnes arrivent, mais aller vers eux activement.
- Pour les migrants en souffrance psychique, adapter son approche en tenant compte des croyances et coutumes de chaque personne. Il est important de **reconnaître leur histoire avant leur arrivée en précarité** et d'éviter une approche exclusivement « occidentale ».
- Placer les besoins des personnes au centre de l'échange, sans jugement. Créer un espace de confiance et de sécurité pour faciliter l'accès aux soins. Proposer et **négoier les soins**, même si cela peut prendre du temps.
- Patience et négociation (font plus que force et que rage) : la négociation des soins peut être un processus long. Ne pas espérer un résultat immédiat, mais **travailler patiemment** pour établir un accord.

- Supporter les refus de soins, l'absence aux rendez-vous. **Continuer malgré les fluctuations.**
- Avoir un réseau diversifié de professionnels est une aide précieuse pour **obtenir différents points de vue** sur des situations plus ou moins complexes et trouver des solutions collectivement.

Ces positions permettent d'assurer un accompagnement respectueux, efficace et humain. Comme le disait Patrick Declerck dans le livre *Les Naufragés* : « *Parfois il suffit d'un geste, d'une écoute attentive pour qu'un homme brisé retrouve un instant l'envie d'avancer* ».

Accompagner l'errance, tenir une permanence dans l'impermanence

Ces rencontres, ces expériences, quelles pistes nous donnent-elles pour nous orienter dans la tâche singulière qu'est l'accompagnement de l'errance ?

Les murs de l'hôpital font contenance pour les patients, et permettent aux soignants de localiser leurs décisions, leurs actions. Ils nous assurent que nous saurons où trouver ceux dont nous avons à nous occuper. Ils sont le cadre qui accueille, protège et prescrit. La demande de soins, garante de notre travail, est adossée, garantie par le cadre tangible, que le patient soit admis en soins libres ou à la demande du tiers concerné, à titre privé ou légal. Le corps enveloppé, tenu, contenu, localisé dans le cadre, est reconnu comme « corps du patient » dans une présence et une stabilité qui permettent la constitution d'un lieu et d'un temps de rencontre, ce qui permet la projection dans une certaine continuité du lien, c'est-à-dire du soin.

Mais avec ceux qui sont 'dans le dehors', sans entourage concerné, sans créer de trouble à l'ordre public, sans demande de soins, qu'est-ce qui constitue l'espace-temps de la rencontre ? Et ceux, comme Sarah, qui, tout en demandant des soins, ne peuvent se fixer, errent loin des lieux où ils devraient « se rendre » (serait-ce une reddition ?), comment les rencontrer ? Comment, en tant que soignants, **faire permanence dans l'impermanence** ?

Cette question est apparue dans une circonstance précise, à savoir dans la demande faite par des équipes d'Accueil de Jour aux psychologues *Accueil Hébergement Insertion* de tenir une permanence pour recevoir les gens en souffrance qui passaient dans leur lieu. En a découlé **un moment d'angoisse collective**, après que plusieurs tentatives de tenir permanence ont buté sur l'absence des sujets en errance. L'expérience de la confrontation au vide de cette absence va au-delà de l'absence des corps ; avec les errants fixés, tels Élise, dont la présence est si énigmatique, il est difficile de se situer comme soignants : soigner qui, soigner quoi ? Élise, comme quelques autres, ce n'est que quand son corps a donné des inquiétudes suffisantes que nous nous sommes autorisés à forcer son refus, pour la faire entrer, brièvement, dans un dispositif et une offre de soins. Mais elle ne s'en est pas saisie.

Qu'elle ne s'en soit pas saisie, comme bien d'autres, pose la question de **la légitimité de nos interventions**, face à ceux qui ne nous demandent rien dans l'espace du soin, voire qui manifestent un refus déterminé devant toutes tentatives. Quelle est notre légitimité face à ce qui semble être leur liberté et de quelle liberté s'agit-il ? La liberté de manifester qu'ils ne sont pas des nôtres, qu'ils n'appartiennent pas à ce pluriel.

Il y a dans le film *Gravity* une scène qui a fixé pour moi la représentation de **la figure psychotique de la liberté**. George et Sandra sont désarrimés de leur lieu refuge, la station spatiale, mais attachés l'un à l'autre. Ils n'ont plus assez de carburant pour retourner tous deux à la station. George coupe ses amarres et part, instantanément, dans le vide intersidéral qui l'aspire. Figure saisissante d'une liberté qui n'est prise dans aucune aliénation, qui fait disparaître sans trace le sujet du monde dont il refuse de porter la marque. Mais notre liberté à nous procède d'un désir et d'une conviction auxquels nous ne sommes pas libres de nous soustraire, celle qu'ils sont **des nôtres**. Ensemble, dans ce désir partagé, dont le partage nous préserve de ce qui, sans cela, prendrait une tonalité peut-être érotomaniaque ou persécutrice, nous persévérons. Ce que nous nous disons, par exemple à propos d'Élise, c'est qu'elle ne s'est pas saisie de nos propositions, pas encore. **Nous persévérons.**

La mise en perspective des histoires de Bernard, Élise et Sarah avec celle d'Azraël montre la nudité dans laquelle nous met, nous soignants, l'absence de lieu constitué. Ce lieu, l'asile, fixait l'errance ; sa disparition nous oblige à accompagner l'errance, et nous confronte à notre propre instabilité, à l'insécurité de notre position. Nul ne peut se tenir face au vide seulement sur ses propres forces ; seul, on peut être

aspiré. Ce qui fait cadre et bord, ce qui fait garde-corps ou garde-fou, comme on dit en architecture des balustrades qui préservent de la chute dans le vide, c'est le collectif que nous formons, encordés les uns aux autres, veillant les uns sur les autres, construisant ensemble un espace de pensée et d'action partagé, qui est notre lieu de travail, le lieu de notre travail. Ce lieu est construit avec le bric-à-brac que chacun apporte, et qui n'a valeur que pour autant qu'il est produit dans le travail, qu'il est remanié, repétri continuellement, et que nos trouvailles précaires n'ont pas un statut de marche à suivre mais de « *gri-bouillages en vue de mieux* » comme disait Mallarmé. Ce lieu, c'est du provisoire qui dure. Nous y endurons ensemble la nécessaire reconnaissance de notre peu de savoir quant à ce qu'il faut faire, nous bricolons, et parfois, du partage de nos impuissances, de nos ignorances, une idée se forme, limitée, locale, que nous pouvons mettre à l'épreuve de la situation, et qui relance notre travail par une répétition qui parfois produit de la différence.

Pour les grands précaires, les grands marginaux, ceux qui habitent en *Psychosie*, l'expérience montre que les questions de logement ne peuvent pas être dissociées des soins, puisque l'inhabitable est leur site, à la fois géographique et subjectif. Il est donc nécessaire que ces deux points, « *héberger et soigner* » (ce qui est l'intitulé d'un séminaire régulier principalement organisé par les soignants du Pôle Psycho-Social de l'ASM13), soient portés par les mêmes équipes, articulés institutionnellement, pour construire un Asile hors les murs.

En attendant, ceux que nous rencontrons sont inscrits dans notre espace de travail et de pensée. Qu'ils y soient inscrits permet **que ceux que Declerck a appelé « *les Naufragés* » ne soient pas des disparus.**

• • •