

Un temps institué par nous...

Jean-Pierre MARTIN
 Psychiatre,
 Chef de service Hôpital
 Esquirol, Saint Maurice

Depuis de nombreuses années nous tentons d'approcher les errants. Le temps pris à ce travail apparaît n'avoir d'autres limites que les nécessités horaires de l'institution ou notre propre horloge interne qui sonne l'alarme quand nous sommes trop affectés. Or cette double limite temporelle est un enjeu clinique, car elle appelle un cadre d'écoute et de reconnaissance de cette souffrance océanique liée à l'insupportable et l'indicible de l'être déchu, mais aussi une façon de nous dégager subjectivement d'une perte qui nous envahit afin de continuer à être présent le lendemain.

Ce théâtre d'ombres fait surgir du temps des peurs anciennes d'abandon et de détresse, de sourdes menaces auxquelles l'homme à la rue était associé dans notre enfance par nos parents. Parler des vécus temporels de l'errance s'avère être une expérience intime qui vient recouvrir le temps présent, et de fait, nous avons tendance à l'oublier. Aussi pour les soignants retrouver le cadre d'une institution possible est donc un refuge, un temps d'asile protecteur et civilisé.

Il n'est donc pas étonnant que la plupart des cliniciens soient frappés par la déserrance du temps social des sans-abri qui vivent chaque instant comme leur seul destin. Le symptôme s'écrit partout y compris dans son approche clinique par la mise en mouvement de deux défenses redoutables : la compassion qui revient à annuler le sujet (être victime) et le rejet qui vient le méconnaître (cela ne nous concerne pas). L'errant pour sa part nous le renvoie en nous faisant sentir notre impuissance à l'aborder et sa récusation de toute aide. De fait, quand nous acceptons l'engagement éthique de reconnaître cet humain, nous travaillons plus sur les rencontres passagères que dans une continuité sociale, la notion de rendez-vous semblant surréaliste et accéder à un temps institutionnel une gageure.

Mais qu'en est-il en réalité de cette altération du temps social?

La pratique clinique de subversion du cadre institutionnel en allant vers les lieux d'accueils associatifs, ou vers les errants eux-mêmes dans la rue, nous a instruit d'une réalité sociale complexe.

Nous avons rencontré, dans les groupes de paroles avec ces réprouvés, des temps qui sont ceux de l'organisation de la marginalité. Si se perdre, s'oublier dans l'alcool et les toxiques rythme en grande partie le quotidien des sujets les plus précarisés, survivre est une véritable socialité. La clinique étant une mise en situation de rapports intersubjectifs, elle passe ici par une initiation à cette socialité dans le temps pris à l'écoute et à la construction de liens d'appartenance au groupe. Nous y retrouvons le « hors temps » du trauma, de ses répétitions et de son inaccessible symbolisation, mais par notre présence structurée nous y inscrivons des temps de reconnaissance de cette souffrance qui permettent en retour une adresse possible au soignant. C'est à partir de cette position qui fait affiliation que nous sommes en mesure de prescrire des temps qui font sens : venir voir une assistante sociale pour monter un dossier RMI, faire un accompagnement vers un service ou une structure d'accueil et parfois, après de longs mois, un passage à notre consultation.

Cette construction de temps transitionnels fondés sur des pactes narcissiques (René Kaës), nous impose un travail sur notre propre rejet (dénégation) de l'insupportable de la souffrance d'autrui, et nous donne accès à une représentation de la souffrance psychique. Le risque de « mort psychique » du sujet dont l'accès à la symbolisation est barré devient l'enjeu même du travail clinique dans cette interface hors des structures de soins. Il est essentiel de souligner que ce temps d'approche est un temps partagé avec les partenaires associatifs et sociaux ; ceux-ci étayaient le cadre des rencontres par des lieux accessibles pour les sujets en errance et des temps de prestations de survie.

Par cette démarche nous avons pu ouvrir notre regard aux situations de précarité plus générales qui concernent souvent nos propres patients. Cette clinique psychosociale s'avère ainsi partie intégrante de la lutte contre tous les facteurs socio-économiques et individuels d'exclusions. Que l'on soit sans-abri, sans travail, femme isolée avec enfants, sans papiers, seul dans la vie, rmistes, travailleurs pauvres, réfugiés politiques ou économiques, tous étrangers au temps de la réussite économique néolibérale, on est dans le temps de la société, même si on a perdu son temps socialisé propre. Le temps que nous passons auprès des précaires nous aide à penser la psychiatrie en termes de santé mentale et relance les principes fondateurs du secteur.

Dans ce cadre, le symptôme temps social altéré apparaît relatif car il est un des constituants du temps social général, et il ne prend sens que dans l'accompagnement du sujet dans lequel celui-ci se confronte à un temps institué par nous, donc dans un temps relationnel subjectif.

Le temps pris à cette démarche réactualise le temps institutionnel vers celui propre au sujet en souffrance, en rupture avec des temps établis de façons normatives. Il est un travail de réaffiliation aux temps sociaux dont la continuité thérapeutique est un des aspects.

Le sujet qui accède ainsi au temps du soin, à ce lien social, n'abandonnera pas pour autant pendant une longue période sa jouissance à des temps d'errance mais il aura trouvé une limite possible qui lui évite de complètement s'y perdre. ■

