

# RAPPORT DES ACTIVITES POUR L'ANNEE 2005

## SERVICE ERANNE

107 Avenue Parmentier  
75011 Paris

**MAAVAR**  
Association Loi 1901

Directeur Général :  
M. Joseph Marceau  
Siège social 202 Bd Voltaire – 75011  
Paris

## L'Association Maavar

Depuis 1983, l'association MAAVAR, s'efforce de répondre aux nombreuses questions soulevées par l'exclusion et d'apporter une solution aux effets qu'elle induit.

Ainsi, depuis 1985, l'association a développé sur Paris

- un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
- un centre de psychothérapie

Leur objectif est de venir en aide à toute personne en situation de rupture sociale, familiale et psychologique.

Au fil des ans, les besoins des populations auxquelles nous venons en aide ont évolué. C'est ainsi que nous avons déployé des types de prises en charge spécialisées, mettant à l'épreuve, les capacités de l'institution à s'adapter à une réalité sociale et clinique de plus en plus complexe.

La population, en situation de précarité, est en effet en prise avec des problématiques de santé publique transversales.

En 1993, le Service Ezra, précarité & V.I.H. est créé. Il accueille et propose un suivi social et psychologique aux personnes vivant avec le V.I.H. L'hébergement en chambre d'hôtel qu'il propose aux personnes accueillies, est mis en place pour une période de trois mois.

Devant la nécessité de proposer un type d'hébergement plus long, ainsi qu'un accompagnement axé sur un projet personnalisé, l'association a mis sur pieds, parmi les premiers, un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.), destiné aux personnes séropositives. Ce service associe des prises en charge complémentaires : médicale, sociale et psychologique. Il s'inscrit dans le "réseau V.I.H." francilien.

Toujours vigilante quant aux problématiques rencontrées dans le social et en lien avec la santé publique, l'association, devant la forte prévalence des troubles psychiques, dans les populations reçues sur les différents services de l'association, a monté en 1996, le Service Eranne, précarité & Psychiatrie. Cette structure accueille et suit des personnes exclues souffrantes de troubles psychiatriques. Elle propose ainsi un hébergement en chambre d'hôtel qui s'articule à une prise en charge psychologique destinée à coordonner les soins, tant au niveau social que psychiatrique. Le Service Eranne, travaille, notamment en étroite collaboration avec la Psychiatrie publique,

Parallèlement à la création des services à Paris, une même dynamique s'est déployée à l'échelon francilien et national.

Maavar, est donc une association regroupant une dizaine de services sociaux et médico – sociaux, implantés au niveau national, à Paris, Montreuil, Sarcelles et Marseille.

## **le Service Eranne, Précarité & Psychiatrie**

Objectifs du Service :

- Le soutien et l'hébergement de personnes présentant des troubles psychiques.
- Souffrance psychologique ou affective suite à des situations de rupture : familiale, professionnelle
- Troubles liés à une difficulté progressive à rester en contact avec la réalité : repli sur soi, conduites inadaptées, épisodes délirants
- Dépendances
- Troubles singuliers des personnes exilées.

Population accueillie :

Toute personne majeure, sans domicile fixe, présentant des troubles psychiques : femmes, hommes, couples sans enfant, ayant une autonomie suffisante pour vivre en chambre d'hôtel.

L'Équipe :

- 1 Psychologue Clinicien, Chef de Service à mi-temps
- 1 Psychologue Clinicien(ne) Temps plein
- 3 Psychologues Clinicien(ne)s à temps partiel
- 1 secrétaire médico - sociale à mi-temps

Capacité autorisée :

- 25 places

Type d'hébergement :

- Éclaté
- En chambre d'hôtel

Le suivi psychosocial :

- Hebdomadaire au minimum
- En entretien avec le clinicien référent

Procédure d'admission :

- Sur rapport médico—social
- Un entretien d'évaluation est proposé sous réserve d'une place disponible
- L'admission peut se faire le jour même

Prise en charge et réseau :

Elle se déploie en collaboration avec les référents médicaux et sociaux exerçant au sein des institutions partenaires et prescriptrices.

- Structures du réseau de la psychiatrie publique (E.P.S., C.M.P.)
- AP / HP
- C.S.S.T.
- C.H.U.
- SAMU Social
- Centres médico - sociaux
- Centres d'action sociale (P.S.A.)
- Associations

### **Un « lieu d'asile non « asilaire »**

En presque vingt ans, nous avons pris la mesure de certains points particulièrement importants.

Nous en sommes arrivés, très vite à distinguer la maladie mentale, de la souffrance psychique induite par l'exclusion.

Ceci ne va pas de soi, dans la mesure où le parcours des sujets que nous recevons est imprimé par l'urgence.

Néanmoins, nous avons souvent rencontré ces femmes et ces hommes dont le trajet semblait achopper sur cette double exclusion : psychique et sociale.

Nous avons donc mis en place un dispositif souple : il tend à s'adapter à l'état psychique du sujet et aux réalités sociales auxquelles ils se confrontent. C'est donc le « cas par cas » que nous favorisons.

Le suivi proposé s'articule autour de la question du lien. C'est pourquoi nous souhaitons que la personne soit déjà engagée dans un processus de soins, ou accepte de l'envisager avec nous. Ceci permettra un meilleur encadrement des éventuelles périodes de crise.

Il sera alors question de favoriser la continuité des soins et de les coordonner avec la prise en charge sociale. Cela ne peut être réalisé que si nous orientons nos efforts vers la mise en réseau des différents acteurs et de leurs multiples compétences.

C'est sur le sujet et son positionnement que nous tentons de recentrer le suivi.

Souvent, nous pouvons avec la personne hébergée, mener un travail d'élaboration sur la place que celle-ci occupe vis-à-vis de l'Autre, dans la cité.

Le Service Eranne est un lieu d'asile, pour le sujet comme pour sa parole.

Nous n'exigeons rien de lui et l'invitons à s'interroger sur ce qui l'a mené à l'errance. Cela est rendu possible, justement parce que nous n'engageons pas le travail dans le sens d'une démarche de « réinsertion type », mais dans celui imprimé par la singularité des personnes que nous accueillons.

Le suivi, tel qu'il est déployé par les membres de l'équipe permet de souligner plusieurs temps :

L'arrivée sur le service

Elle est mise en place consécutivement à un entretien d'évaluation : ce qu'il y a lieu d'évaluer est en fait l'adaptation du cadre de notre service au sujet que l'on nous adresse.

Nous nous efforçons de favoriser un traitement rapide des candidatures.

Dans le cas de contre – indications (perte d'autonomie quant aux repères spatio – temporels, impossibilité de métaboliser l'angoisse liée à la sortie du milieu institutionnel collectif vers le cadre individuel que nous proposons, troubles fonctionnels ou somatiques ingérables), nous ré – adressons la personne et essayons d'envisager des solutions alternatives, quitte à différer l'admission au sein du service.

Une fois admise, la personne hébergée se voit remettre un livret d'accueil résumant les conditions de séjour et le cadre dans lequel celui va se dérouler.

Un accent particulier est porté sur la nécessité d'entretiens réguliers et au minimum hebdomadaires entre l'hébergé(e) et la personne référente.

Le séjour :

L'hébergement est proposé pour une période de trois mois. Une chambre d'hôtel est mise à disposition, dans un lieu proche du service.

Ce mode d'hébergement n'est pas sans poser quelques problèmes. De fait deux logiques se confrontent : celle de l'institution – la fonction d'asile – et la logique commerciale des lieux d'hébergement.

Il s'agit d'un mode d'hébergement précaire auquel ont recours de plus en plus d'exclus et d'institutions sociales.

Ceci aboutit à l'intrusion du système libéral dans la prise en charge médico – sociale : la loi de l'offre et de la demande prévaut, les prix de nuitée flambent, les hôteliers sont de plus en plus sélectifs, de plus en plus intrusifs, de plus en plus exclusifs.

Nous sommes ainsi amenés, de plus en plus, à intervenir afin de protéger, les personnes hébergées de la nocivité des hôteliers, tout en maintenant l'hébergement tel quel, faute de solutions alternatives.

C'est à la faveur de la stabilisation favorisée par ce séjour, que le suivi peut se mettre en place et le travail commencer.

La sortie du service :

Celle ci ne peut s'effectuer que dans un accompagnement conjoint de la part de tous les acteurs de la prise en charge.

Malgré cela, nous faisons souvent face à des situations extrêmement problématiques : la pénurie de structures d'accueil adaptées à moyen et à long terme, induit le maintien dans des situations de plus en plus précaires.

Seule la prise en charge conjointe avec le réseau permet d'arriver à des résultats satisfaisants.

### **Assurer le soutien psychologique auprès de l'hébergé.**

Si le service Eranne est amené à accueillir des sujets relativement autonomes pour lesquels un projet de vie à court ou moyen terme est envisageable au sein même de la Cité, ces personnes nous sont également adressées en raison de leur fragilité psychique nécessitant un soutien et un accompagnement spécifiques face aux difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne et dans la mise en œuvre de leurs projets.

Cet accompagnement psychologique spécifique proposé par le service Eranne répond à l'idée qu'on ne peut identifier les personnes présentant de graves souffrances psychiques au domaine général de la précarité, du handicap et des problèmes sociaux. Ce serait là méconnaître les incidences des troubles psychiatriques sévères pour un sujet et son entourage. Le désarroi régulier des équipes de travailleurs sociaux au sein des C.H.R.S. ou C.H.U. face à ces problèmes en est la preuve.

Ce positionnement impliquera donc ce que nous pouvons appeler, avec René Roussillon, « une double contrainte paradoxale » : d'une part ne pas préjuger, dans son accompagnement psychologique auprès de l'hébergé, d'un fonctionnement a priori de ce dernier et d'un savoir préalable, d'autre part, être prêt à accueillir les fragilités psychiques graves de l'hébergé et à travailler avec lui autour de celles-ci.

Établir les conditions d'un soutien psychologique auprès des hébergés d'Eranne se fonde sur l'idée que la présence de troubles psychiatriques durables chez une personne n'est pas du ressort d'un déficit mais de l'ordre dynamique d'un sens et d'une signification à déchiffrer au sein de la relation interpersonnelle.

Notre postulat est que l'hébergé accédera à un statut véritablement autonome au sein de la Cité, notamment, par une réappropriation subjective de soi. Dans la rencontre, le psychologue référent psychosocial et l'hébergé tenteront ensemble d'élaborer du sens permettant d'appréhender ce qui a été ou ce qui est encore dans la vie de l'hébergé ressenti comme inquiétant, étranger ou angoissant. Il s'agira donc de construire, à l'intérieur de la relation interpersonnelle, un

savoir concernant, notamment, le rapport à la réalité, savoir permettant d'optimiser et de mobiliser les capacités d'autonomie de l'hébergé.

Le cadre dans lequel s'inscrit, de façon privilégiée, le soutien psychologique, est celui de rencontres hebdomadaires entre l'hébergé et le référent psychosocial dans les locaux du service Eranne.

L'hébergé est tenu de s'entretenir avec le référent au moins une fois par semaine, afin de créer une dynamique et une continuité dans l'accompagnement et dans l'élaboration psychique tant des difficultés rencontrées que des projets en cours.

Les rencontres hebdomadaires font partie des engagements pris par l'hébergé à son entrée dans le service.

La fréquence hebdomadaire des entretiens individuels peut être modifiée et intensifiée ponctuellement si il est estimé que l'hébergé traverse un moment nécessitant un suivi plus rapproché.

L'intensification momentanée des rencontres peut également être le fruit d'une réflexion commune et être décidée lors des réunions de synthèse.

Enfin, s'il en ressent ponctuellement la nécessité, l'hébergé peut lui-même solliciter son référent psychosocial afin de le rencontrer plus fréquemment.

Le soutien psychologique assuré par le référent psychosocial s'adapte donc aux lieux et aux moments du suivi. Ainsi, le référent psychosocial aura-t-il, au sein du dispositif Eranne, une place à multiples entrées.

## **Articuler les troubles psychiques et les difficultés sociales**

Le rapport de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15 septembre 2003 rappelle, à juste titre, les interactions des troubles psychiatriques avec les problèmes sociaux : « Celui qui présente des troubles psychiatriques voit ses chances d'intégration et de gratification sociale diminuer (...) La présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation ».



Le travail du référent psychosocial au sein du service Eranne se fonde sur un sujet, l'hébergé, en référence non seulement à sa subjectivité et à son intériorité, mais également à la globalité de sa situation et de son évolution.

Se référer à la globalité de la situation inscrit, de fait, l'hébergé dans un contexte particulier : le champ social.

L'hébergé, comme chacun d'entre nous, est un sujet social en tant que le discours social, impersonnel et anonyme le gouverne. De ce fait, sa vie psychologique doit être référée au cadre social et culturel dont il dépend.

Accompagner une personne présentant des troubles psychiatriques graves et durables, c'est pouvoir témoigner de la façon dont le sujet peut éjecter l'autre de son monde ou, inversement, peut se sentir persécuté ou attaqué par le monde social.

L'objectif du suivi psychosocial est, notamment, d'offrir à l'hébergé un espace où pourra se déployer librement sa parole en dehors de tout jugement. Il s'agira donc d'une prise en compte de l'hébergé et de sa parole autour des difficultés que ce dernier peut rencontrer au quotidien et de la façon dont il a pu s'exclure ou se sentir exclu d'une scène sociale pour chuter dans un monde pur, hors des repères et symboles.

### **Accompagner à la vie sociale par le regard clinique**

Le travail mené avec le référent psychosocial doit permettre à l'hébergé de trouver une position, aussi subjective soit-elle, au sein de la Cité ; une position qui ne s'alignera donc pas sur une insertion sociale et professionnelle à tout prix excluant les particularités de chacun.

Il sera question de tout mettre en œuvre, pour accompagner l'hébergé dans des démarches de réinsertion voire même de réhabilitation. Nous apporterons donc un soin particulier à l'accès aux droits sociaux et aux démarches relatives à la réinsertion par le logement.

Ceci ne va pas sans difficultés, étant donné le peu de solutions relais disponibles.

Au cours des années, nous avons pris la mesure de l'importance radicale du réseau. Seule une collaboration étroite entre le service et les équipes médicales et médico-sociales, permet de mettre en place des solutions de sortie satisfaisante.

---

L'autre facteur essentiel est le temps. En effet la mise en place de projets et de solutions adaptées ne peut se faire qu'au moyen d'une prolongation du temps de séjour, de plus en plus fréquente.

## **Prévenir**

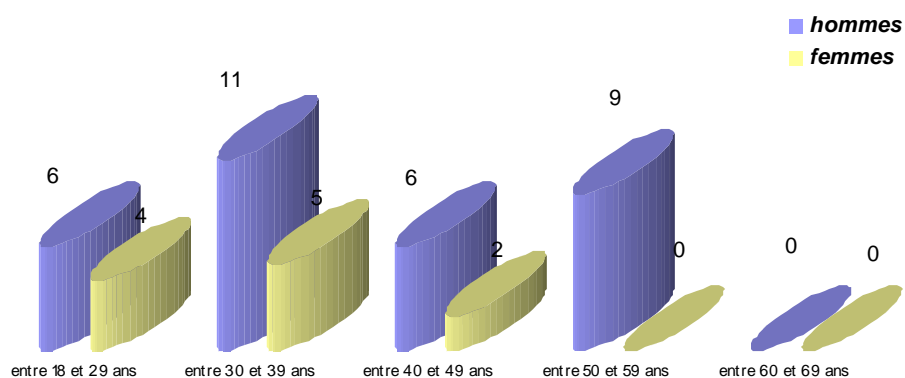
L'ensemble du travail effectué par le référent psycho-social auprès de l'hébergé a des incidences dans le domaine de la prévention des troubles. Nous entendons par prévention tout ce qui permet d'éviter une rupture de soins et (ou) une rechute.

Le suivi psycho-social s'inscrit donc aussi bien dans le cadre de la continuité des soins que dans celui de l'anticipation de troubles sévères.

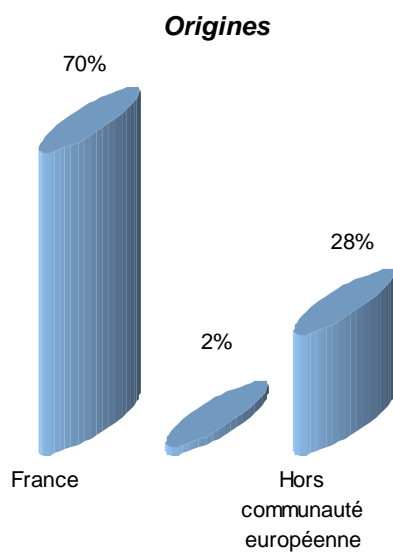
C'est alors que le travail en réseau prend toute son importance, puisque l'enjeu est de pouvoir faire intervenir la dimension du soin, sans pour autant que la réhabilitation psychosociale, soit mise en péril.

## Statistiques et caractéristiques de la Population reçue

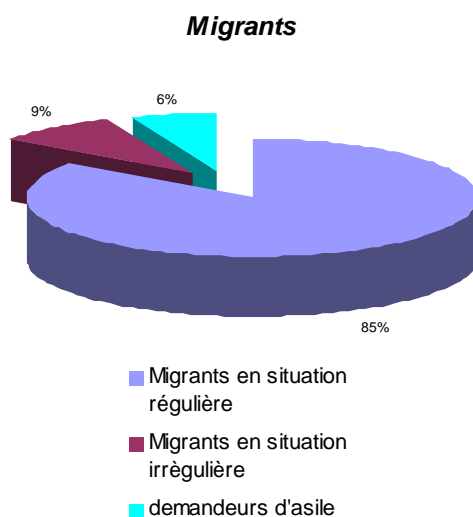
### Age et Sexe



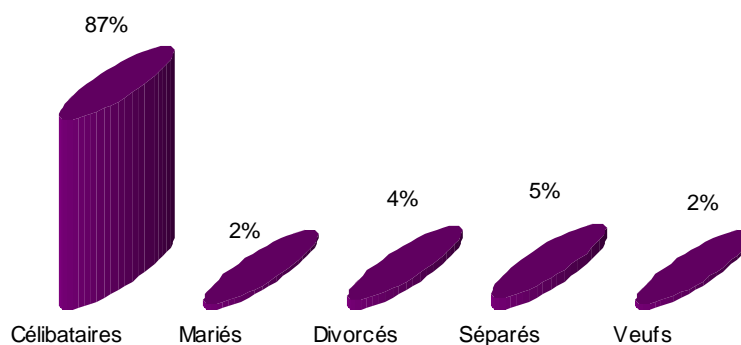
La population accueillie et suivie sur le service cette année, se compose d'une majorité d'hommes entre 30 et 50 ans. En revanche, Nous remarquons une forte représentation de la tranche d'âge des jeunes adultes. Parmi eux, de jeunes femmes, particulièrement fragilisées



Nous accueillons une majorité de citoyens français. Pour ceux que nous recevons d'ailleurs, ils proviennent majoritairement d'Afrique du nord, dans une moindre mesure d'Afrique sub-saharienne.



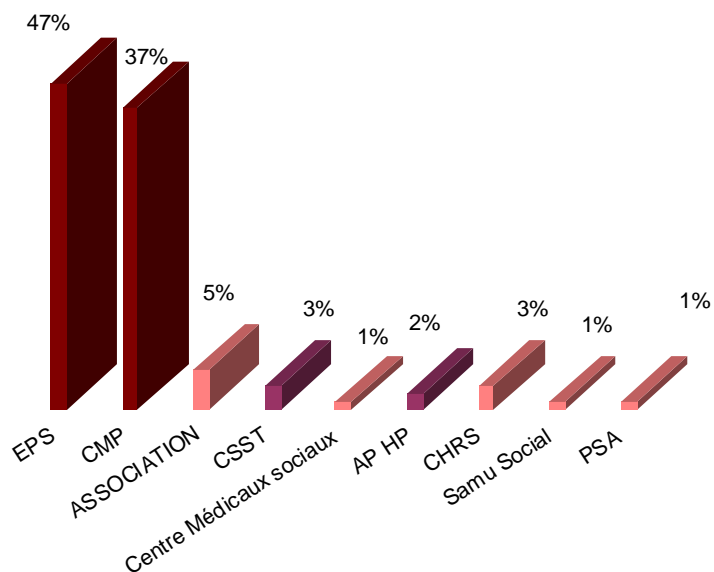
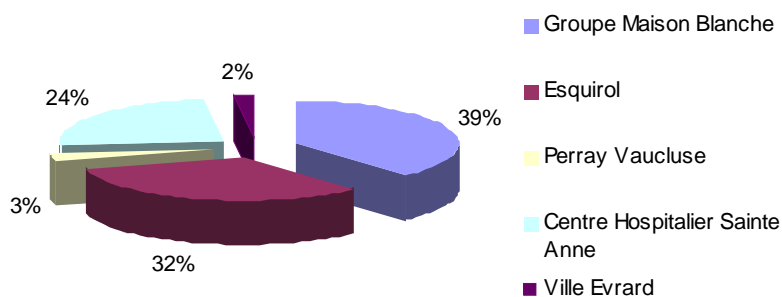
### Situations familiales



La plupart des sujets pris en charge est en situation de rupture sociale et familiale. Ils sont ainsi très isolés.

Le contact avec les familles est la plupart du temps rompu depuis des années.

Certains parmi eux se positionnent dans un contexte affectif extrêmement conflictuel, notamment en ce qui concerne les jeunes adultes. Pour ceux - là, le séjour à Eranne peut consister en un séjour de rupture parfois nécessaire.

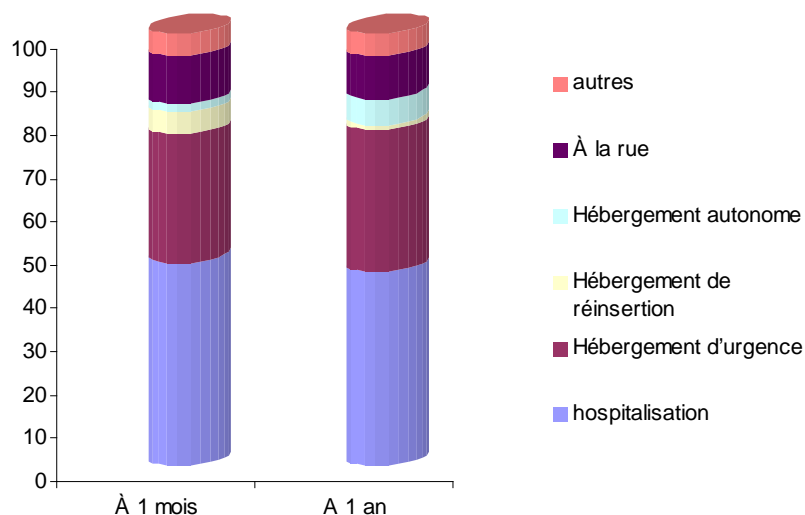
**Prescripteurs du Service Eranne****Partenariat avec les établissements psychiatriques**

Comme nous l'avons décrit plus haut, le déploiement de notre partenariat avec la psychiatrie générale, notre principal prescripteur, nous a conduit à renforcer les liens avec le groupe Maison Blanche et plus particulièrement les secteurs des vingtième arrondissements de Paris. Nous collaborons de fait, avec les équipes implantées sur l'est parisien en général. Du fait de notre localisation géographique nous travaillons donc, également avec les principaux établissements parisiens, Esquirol, bien sûr et Sainte Anne.

---

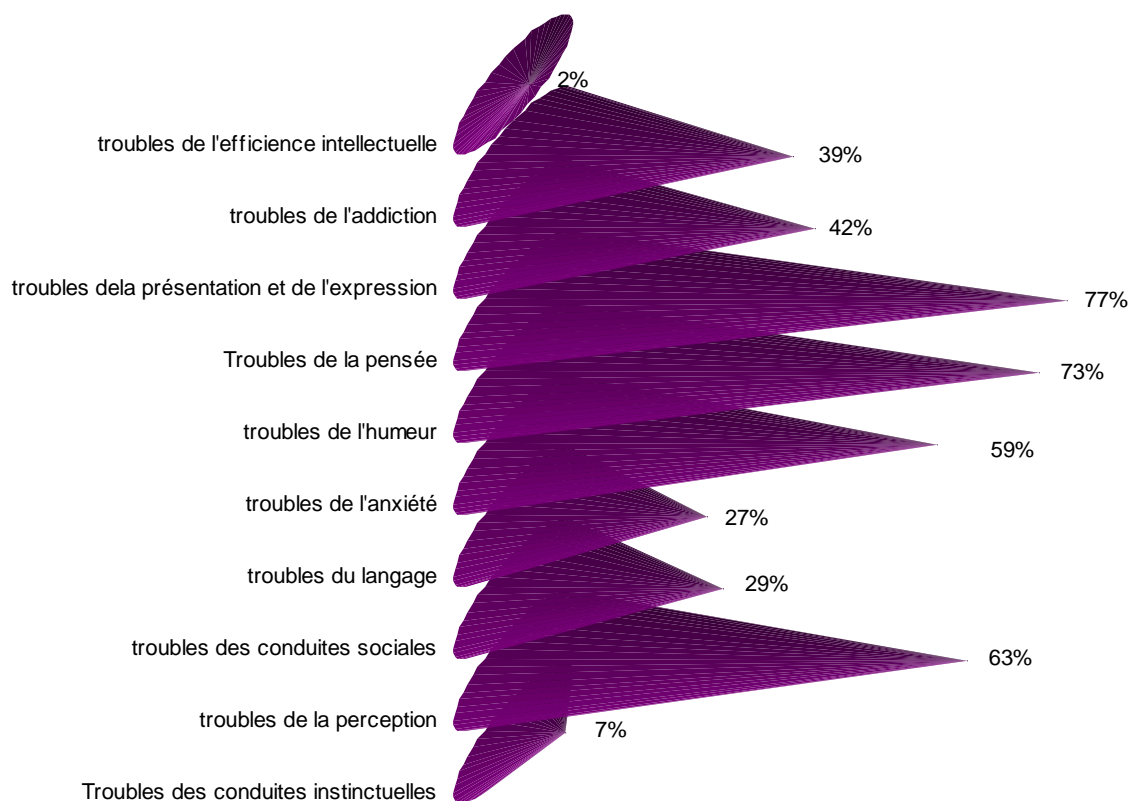
Cette proximité et une collaboration de plus en plus étroite, nous permettent de proposer un accompagnement de plus en plus intégré à nos usagers en prise à des difficultés sociales et psychiques fortement invalidantes. En effet, seul l'établissement d'une passerelle entre social et sanitaire, permet de tisser le maillage nécessaire à la stabilisation de parcours de vies disloquées.

### Situation antérieure / logement



Ce que nous indiquent ces données est que la population accueillie sur le Service Eranne de l'association Maavar oscille entre l'hébergement d'urgence et l'hospitalisation. Il s'agit d'une population pour laquelle l'exclusion sociale s'est, la plupart du temps, inscrite au décours d'une première décompensation psychiatrique. Les troubles du comportement et les difficultés à obtenir une observance satisfaisante des traitements et des relations thérapeutiques, expliquent pour partie cette errance. Celle-ci est marquée par la grande difficulté d'accès à des dispositifs à plus longs termes tels que les CHRS par exemple. Pour nombre d'institutions gérant ce type d'établissement, la présence de troubles psychiatriques induit systématiquement, en l'absence d'un partenariat construit avec le secteur sanitaire, l'exclusion a priori du dispositif.



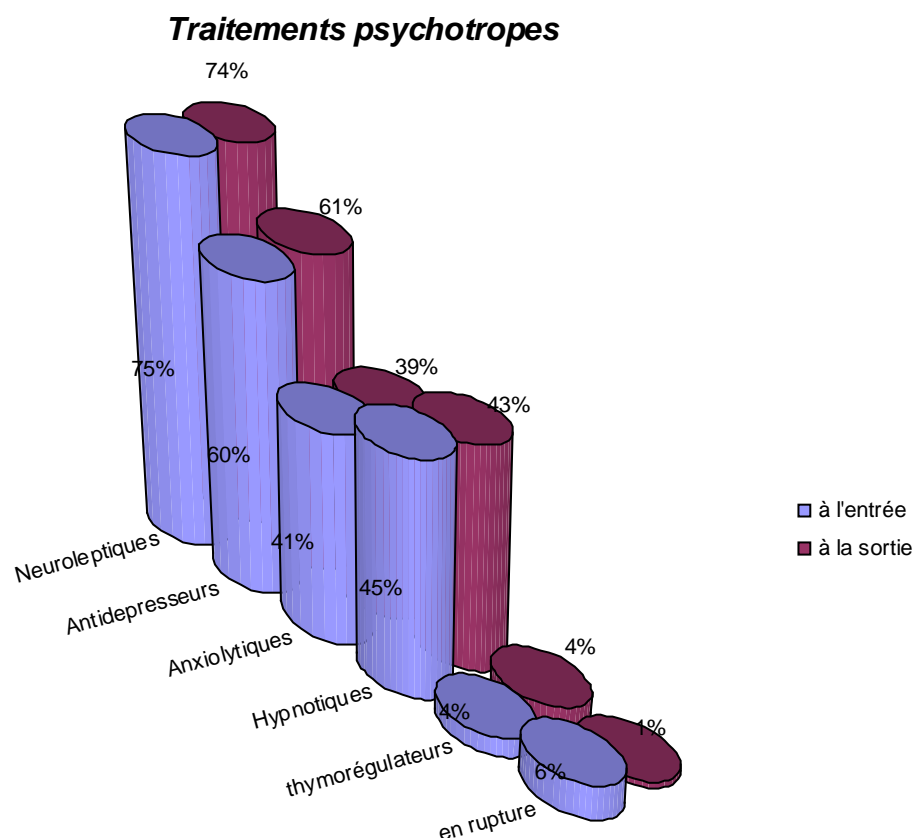
**Troubles et symptômes**

- **Troubles des conduites instinctuelles** : Le contrôle des sphincters, Le sommeil, Les conduites alimentaires, Le comportement sexuel
- **Troubles de la perception** : Déréalisation, hallucinations, Troubles de la mémoire,
- **Troubles des conduites sociales** : apragmatisme, Gestes suicidaires, Attentats aux mœurs (exhib., viols, ...), délinquance, Passages à l'acte hétéro - agressifs
- **Troubles du langage** : Au niveau quantitatif, Au niveau sémantique
- **Troubles de l'anxiété** : Anxiété généralisée, Attaque panique : crise aiguë, Trouble panique : évolution vers agoraphobie, Troubles phobiques
- **Troubles de l'humeur** : Humeur dépressive, Humeur expansive, Indifférence thymique, État mixte

- 
- **Troubles de la pensée** : Troubles du cours de la pensée, Troubles du contenu de la pensée (déréalisation, idées délirantes, dissociation)
  - **Troubles de la présentation** : Tenue vestimentaire (incurie, excentricité, travestissement, ...), Mimiques exagérées, Troubles psychomoteurs (agitation, impulsion, stupeur, ...)
  - **Troubles de l'addiction** ; alcoolodépendance, dépendance aux opiacés, dépendances aux canadinoïdes, aux médicaments psychotropes, polydépendance
  - **Troubles de l'efficacité intellectuelle** ; retard mental

La nature des troubles que présentent nos usagers, indique bien toute les difficultés qu'ils éprouvent dans la relation à leur environnement social.

L'accompagnement devient alors essentiel plus qu'utile, notamment en ce qui concerne la maintien du lien avec les équipes de soins que nous renforçons par une écoute attentive des difficultés psychiques qu'ils ressentent, et un lien permanent avec les soignants.



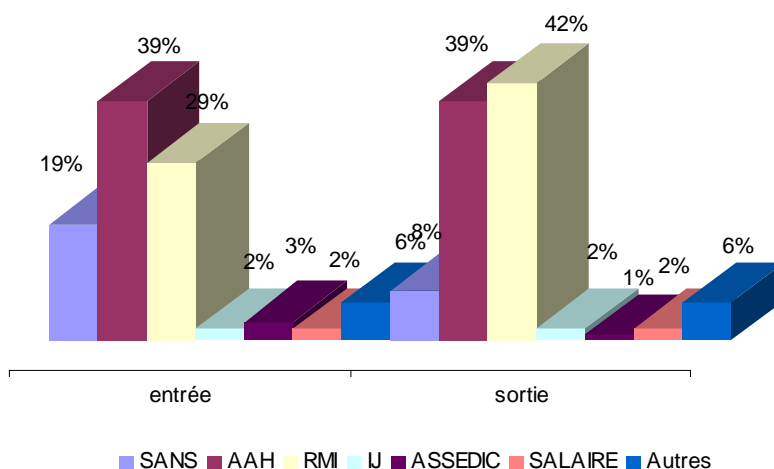
La très grande majorité des personnes prises en charge par le service Eranne, observent avec plus ou moins de difficultés un traitement psychotrope

Il s'agit de traitements puissants et lourds, pour lesquels les questions de tolérance et d'observance, se posent.

Parce que le suivi se déploie dans le champ de la parole et en dehors de la prescription, il est souvent possible de favoriser l'observance aux traitements.

La prise en charge sur le service favorise le suivi médico - social surtout dans des périodes de grande fragilisation pour le sujet, comme la sortie d'hospitalisation.

**Ressources**



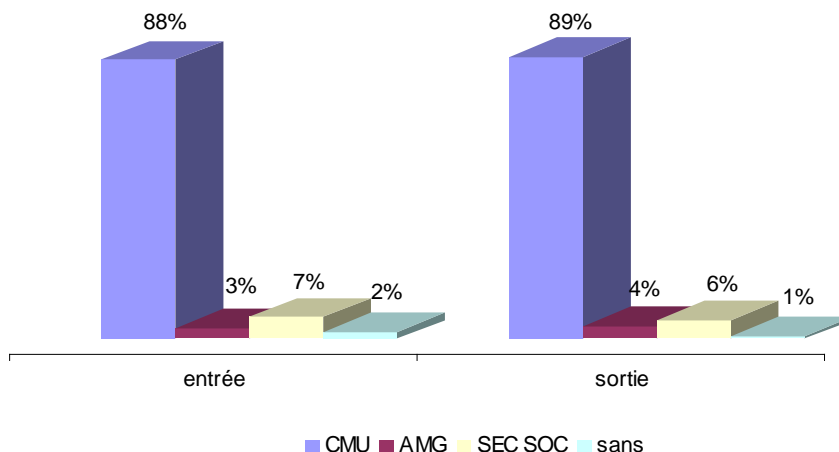
Nos hébergés bénéficient pour la plupart d'un accès satisfaisant aux droits sociaux.

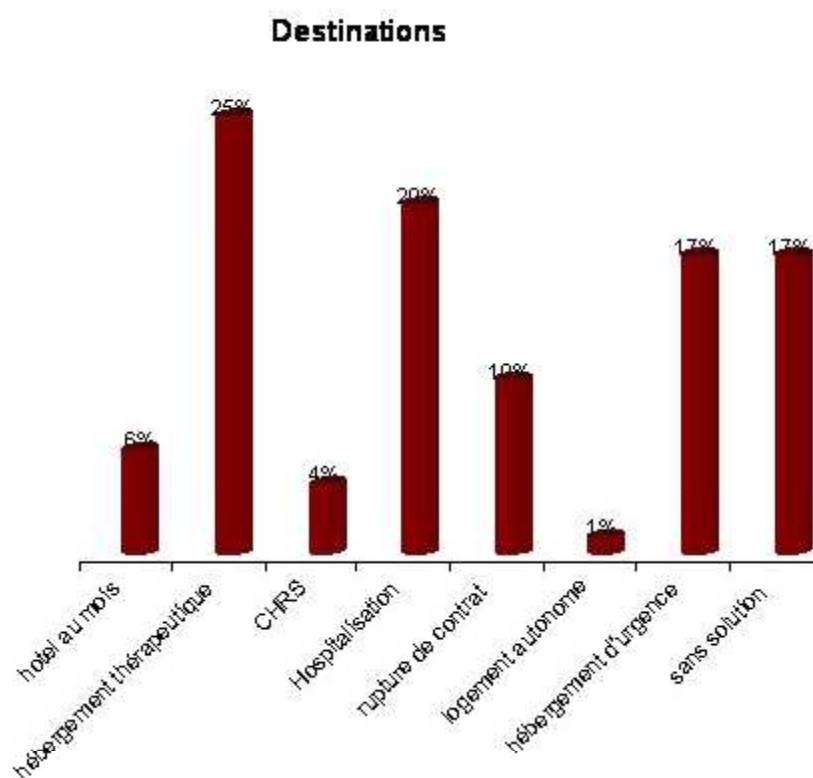
Il ne s'agit, pourtant que de minimum, ce qui pose la question des moyens, en général, disponibles pour leur réinsertion.

Une A.A.H. ou un R.M.I. ne représentent pas des moyens suffisants pour s'intégrer hors du champ institutionnel de prise en charge des personnes précaires. Or du fait de leurs troubles psychiques, leur accès à ces dispositifs est plus qu'aléatoire.

Pour ceux et celle, qui arrivent au service, sans droits, le séjour est l'occasion d'effectuer ou d'achever les démarches d'accès nécessaires.

**Couverture Sociale**





Si l'hébergement thérapeutique en tant que mode de sortie, est plus fréquemment mis en place cette année, grâce au travail de réseau, nous ne pouvons que déplorer la prévalence, encore beaucoup trop importante de situations sans issue, dans le cadre desquelles, l'hébergé est encore voué à l'errance

Malheureusement ces moyens, actuellement gérés par les associations de secteurs psychiatriques ainsi que par quelques rares institutions médico sociales, représentent un dispositif sur saturé.

Trop nombreuses sont les destinations de nos hébergés qui nous semblent insatisfaisantes. Nous avons plus fait allusion au dispositif de réinsertion sociale dont nos usagers sont forclos. Trop souvent la mise en place d'un relais par un autre C.H.U.S. aboutit à plus ou moins brèves échéance à une réhospitaliation.

---

La ré hospitalisation, enfin est un mode de sortie, qui est a relier avec les autres destinations en « cul de sac » .

Ceci nous semble illustrer, ce besoin actuel et pressant de lieux de vie médico-sociaux dédiés à ces personnes vivant cette double exclusion de la maladie mentale et de la précarité.

## Monographies

Qu'est ce qu'un fou ?

C'est à la vieille question de qu'est ce qu'un fou, que Lacan donne une réponse étonnante : « quelqu'un de parfaitement normal » et d'ajouter « n'est fou qui veut ».

Comment entendre cette drôle de formulation ?

Est on en mesure de désirer la folie ? et de quelle manière ?

Où commence la folie ? Avec le délire répondent les manuels.

Mais où commence le délire quand il s'agit de folie partielle ?

Cette série de questions nous amène à explorer les frontières qui existent entre ce qui est considéré comme délire et ce qui ne l'est pas, dès lors que nous faisons entrer sous le même vocable des manifestations cliniques fort différentes.

Dans le cadre de la prise en charge sur le service Eranne, nous sommes amenés à suivre des personnes que l'on peut éventuellement classer sous la même rubrique psychiatrique et qui sont pourtant très différentes.

Pour certaines d'entre elles, il n'est question ni d'hallucinations, ou autres manifestations psychiatriques bruyantes, mais d'un discours qui n'est plus réglé seulement par la nécessité de la communication.

Et même si ce discours n'a pas les apparences diffuses d'un délire, il est néanmoins question à certain moment d'entrer dans la folie.

Toute la difficulté du clinicien consiste à pouvoir le repérer afin de tenter de ne pas inscrire ces personnes dans des procédures impossibles, voire ravageuses qui n'auront de cesse que de les déchéter en les traitant d'avantage comme objet de rebus.

D'une manière générale une démarche clinique s'impose : pour comprendre quoi que ce soit à un discours, il faut nécessairement commencer par y entrer.

Mais y entrer ne signifie pas y participer.

Alors comment écouter et traiter ceux qui délirent ?

C'est en définitive la mission de notre institution qui se situe à la frontière du médico et du social.

Qu'en est il de la fonction du psychologue clinicien dans ce genre d'institution ?

Chercher l'issue, c'est le mot d'ordre qui gouverne le champ du social.

Travailleur social, Psychologue , Médecin sommes tous concernés par le champ du réel, et de plus en plus face aux nouvelles réformes sociales qui demandent « un savoir faire », « un savoir dire » et des résultats quantifiables.

Alors que peux- t'on espérer de ces sujets en proie à des troubles psychiatriques ?

Quelle issue possible ?

Qu'est on en mesure de proposer ?

Des réponses sociales

Postuler pour se réinscrire dans du social :Pénible , Menaçant pour certains qui ne sont arrimés qu'a leurs délires. L' issue le malade mental ne l'a t'il déjà pas trouvé dans sa maladie et « chercher l'issue à sa place, ce serait peut-être notre façon d'aller mal ».J.A.MILLER.

Quelque fois proposer à un individu une aide matérielle type (logement, A.A.H.....), de façon précoce, c'est le mettre dans l'injonction d'aller bien. Or il n'est pas rare de devoir gérer une crise psychotique chez un individu après l'obtention d'une solution d'hébergement qui semblait plus sécurisante. Mais pour qui ?.

Notre structure, et l'aménagement qui en est fait permet de proposer un espace dans le lequel on veillera à traiter chaque sujet dans sa singularité.

Jusqu'ici, ce qui est énoncé correspond à l'activité d'un clinicien quelque soit l'institution. Mais ce qui diffère , peut-être, c'est la façon de traiter le sujet et sa parole. La parole peut-être folle , délirante, elle à néanmoins un lieu pour être entendu sans que cela nécessite fondamentalement des mesures interventionnistes(ré-hospitalisation, rupture d'hébergement.....),comme c'est souvent le cas dans les centres d'hébergements classiques qui ne peuvent de part leurs organisations héberger et contenir ses paroles à la dérive.

Mais notre mission ne se limite pas seulement à accueillir une parole hors norme, mais aussi un sujet inscrit tout de même dans du social.

En effet ces personnes sont amenées à rencontrer dans leur vie sociales des situations avec lesquelles elles devront composer, et le travail clinique consiste aussi à tenir compte des troubles et dysfonctionnement de la personne, mais aussi de la façon dont est structuré son désir.

Alors peut-on penser la « guérison par le désir » : vœu pieux !

Le destin du malade mental, si on le laisse aller à lui même est tout autre :Il est de s'affirmer publiquement hors de tous système de toute limite. Et l'arrêt de cette destinée mortifère passe aussi par l'intervention du social : Le sujet est porté par les autres .



## Une vie à l'envers

La personne dont je vais vous parler pourrait être rangée sous l'appellation « d' état limite », dans la mesure où elle présente des phénomènes qui n'appartiennent ni à la psychose, ni à la névrose, mais qui s'est confrontée à un moment donné à la question de la folie. Pourquoi ? et de quelle manière ?, ce sont les questionnements qui animeront la trame de la prise en charge.

Madame B, nous a été adressée par l'hôpital Sainte Anne , après une hospitalisation de plusieurs semaines dans un contexte de décompensation sévère sur un versant dépressif.

Elle nous livrera peu d'éléments sur ce qui l'a amené à cette crise, non dans un souci de préservation de soi, mais plutôt parce qu'elle « n'en a rien à dire ».

Le paradoxe qui traverse Madame B : ne pas éprouver ce qu'elle a pourtant vécu.

Force est de constater, qu'elle ne porte en elle, ni les stigmates de la souffrance psychique, ni ceux qui sont inhérents à un parcours d'errance. Elle se présente au service comme lors d'un entretien d'embauche, dans une forte tentative de séduction, avec comme souci, de décrocher le poste à pourvoir : « hébergé d'Eranne ».

Elle nous dit être en adéquation parfaite avec la mission du service.

Sa demande : trouver un lieu d'hébergement pour s'inscrire à nouveau dans un processus de réinsertion sociale, demande qui ne correspond en rien à la réalité psychique de Madame B.

Le discours qu'elle tiendra pour évoquer son histoire est émaillé par très peu d'affects en dehors du récit de ses diverses tentatives de suicides exprimées avec une forte jouissance.

Madame se décrira comme une personne intégrée socialement avec une activité professionnelle en relation avec ses intérêts et une famille également très investie.

Ce qui gouverne sa vie jusqu'au seuil de ses 40 ans, c'est le désir d'être « reconnue » et « aimée ».

Et c'est l'envie de changement des habitudes de sa vie affective et professionnelle qui l'amènera à demander le divorce et à rompre avec son environnement proche.

La dépression serait intervenue après son divorce. C'est l'évènement qu'elle retiendra pour évoquer le début des troubles. Madame B le lie à un sentiment de solitude, d'abandon, et à la « peur de perdre l'objet d'amour »

Pour combattre ce sentiment négatif, elle mettra en place toute une série de mécanisme de défense dont le plus opérant reste le déni.

Il s'agit pour elle de tenir dorénavant un édifice qui risque à tout moment de s'écrouler.

Après la séparation, Madame B est envahie par ce qu'elle ne prévoyait pas, à savoir le désespoir. C'est ce qui la fera abandonner les repères auxquels elle était accoutumée pour conduire son existence.

C'est alors l'immersion dans le présent et dans l'action, la fête, la vie nocturne et son effet déréalisant l'entraînant à boire, à fumer, et à prendre des stupéfiants.

Et l'exercice de son pouvoir de séduction comme source de valorisation et aussi les troubles alimentaires comme rappel d'une mémoire inconsciente.

Par les addictions se trouve condensée la double dimension de la régression pulsionnelle et de la fuite de soi. Il n'y plus de place pour les affects dépressifs. Contre le risque de leurs émergences, c'est tout un style de vie qui se trouve établi chez Madame B dont la logique inconsciente est la destruction d'un moi encore ignoré. Kierkegaard dans le traité du désespoir parle de l'ignorance désespérée d'avoir un moi.....de l'homme de l'immédiat qui ne reconnaît un moi qu'à la vie extérieur ».

Le désespoir prendra chez Madame B l'allure d'éclipse dépressive ou maniaque.

Il est dorénavant au cours de son existence qui s'affirme par le déni, dans une forme d'inexistence, hors du temps et de toute réalité sociale.

### **La mort se fait souvent passer pour le dernier mot.**

La relation aux hommes : Une demande d'amour illimitée qui ne situe pas dans le registre oedipien au sens où elle n'intègre pas le renoncement.

Avec le divorce et ce qui lui semble être l'expérience d'une première séparation, elle perd pied, s'ensuit ensuite un lent mouvement de perte des repères dans la recherche désespérée d'amour.

Ce qui se met en place dans ses relations amoureuses, c'est une espèce de dépendance régressive infantile où la quête d'amour prime sur le reste.

Ce qui domine les entretiens au cours de la prise en charge, c'est le rapport de Madame B aux hommes et la passion qu'elle leur voue.

Dans son cas, il n'y a pas de place pour deux dans ses amours ou vie et mort fusionnent. Nous sommes ici au bord de la psychose et la passion est ici à juste titre une folie. Ce point de folie, c'est ce qui l'empêche à certain moment de vivre, mais s'est aussi, ce à quoi elle tient le plus pour continuer à vivre.

La relation à l'autre, chez elle, se définit par une alternance d'aliénation et de séparation. C'est peut être le noyau psychotique de Madame B qui l'a désorganisé en permanence et l'empêche en définitive de s'inscrire dans une quelconque démarche sociale. En effet les rendez-vous sont en permanence oubliés, déplacés, voir annulés. Aucune démarche sociale initiée ne peut aboutir. Ce qui provoque chez elle un fort sentiment de culpabilité.

Qu'en est-il de ses relations manquées ?

Qu'elle place y tient son désir ?

Qu'est ce qui fait que le désespoir apparaît chez cette personne comme la perte de pouvoir réparer ?

Les questions soulevées au cours des entretiens à propos des événements de son histoire infantile constitueront des accroches possibles.

Elle serait victime de sa propre histoire d'enfance, privée d'une mère abandonnique et d'un père mort d'avoir « trop été déçu ».

Il sera question de ce qui a été longtemps tû :

- De l'abandon de la mère.
- De la mort du père par suicide devant les yeux de Madame B, lorsqu'elle avait 10 ans « parce qu'elle n'avait pas eu suffisamment de force pour le retenir ».

En proposant à Madame B « un lieu », le clinicien propose un « lieu de vie », dans le sens où peut se vivre quelque chose qui a déjà eu lieu ; C'est la question de la remémoration qui se pose là. « le patient doit se souvenir de quelque chose qui n'a pas encore eu lieu »

Le travail de remémoration suppose de s'inscrire dans le temps. Or, Madame B, au moment de la prise en charge est dans l'incapacité de s'inscrire dans une quelconque historicité.

Ainsi, l'acte devient, chez elle, la mise en scène d'une temporalité qui se réduirait au seul présent. C'est d'ailleurs avec la dernière tentative de suicide qu'elle mettra fin à ce parcours de fuite en avant. C'est un suicide froid, perçu comme quelque chose de logique, dans une sorte

d'indifférence et de calme qu'elle mettra en œuvre « il le fallait, c'est bien » .

Quand on reviendra sur ce moment, Madame B prendra conscience que ses divers actes suicidaires n'étaient que des tentatives échouées d'encrage dans le Réel. Ce dernier passage à l'acte équivaldrait à une réinscription dans une dimension symbolique.

Quant à la dimension imaginaire, Madame B avait perdu toute possibilité de s'adresser à un « autre » : Processus qui selon ROUSTANG peut s'apparenter au délire en ce sens qu'elle tenait un discours à la dérive et privé de sens .

Pour que cette « déparole ne devienne pas délire il faut pouvoir s'adresser à un autre qui soit censé L'ENTENDRE ».

OR , il semble que Madame , n'était plus qu' en mesure de s'adresser qu' à du social avec comme attente du soin et inversement .

Il est donc aussi question d'entendre « l'indicible » et de nommer « l'innommable ».

Il s'agissait pour cette femme de l'amener à amorcer un travail de reconnaissance autour de son intolérance à la perte d'objet, ainsi qu'à ses effets qui ont pu aller du simple retrait dans lequel elle se réfugiait, jusqu'à l'inaction, jusqu'à faire le mort, voir la mort elle-même.

Il a été question d'évoquer avec elle ce gouffre de tristesse, cette douleur incommunicable.

Nous avons adresser Madame B, à un psychothérapeute, dans un lieu où elle pourra approcher ce « non-lieu », et peut-être élaborer la perte, et faire le deuil de la « chose ».

Nathalie Drevon  
Psychologue clinicienne

## QUAND LE DELIRE SOIGNE

Mme P est une femme de 40 ans et de nationalité haïtienne. Ce qui nous frappe d'emblée , c'est son allure juvénile et sa bonne humeur.

C'est une femme sympathique et très touchante.

Elle a été adressé vers notre service par une assistante sociale du secteur psychiatrique suite à une hospitalisation à St Anne.

Elle est la quatrième d'une fratrie de 5 enfants. Son frère aîné vit aux Etats-Unis et sa petite sœur est restée en Haïti. Ses deux autres frères sont morts.

Ses parents ont été assassinés lorsqu'elle avait 4 mois et c'est sa grand-mère maternelle qui s'est occupé d'elle et de ses frères et sœurs.

A la mort de la grand-mère, elle a 15 ans et m'a dit ignorer la cause de son décès.

Ce sont ses 2 grand frères qui se sont alors occupés d'elle mais cela se passait mal car ils la frappaient.

Sa scolarité semble avoir été inexistante puisqu'elle serait allée à l'école à l'âge de 10 ans mais seulement quelques mois.

C'est à l'âge de 22 ans qu'elle arrive en France et qu'elle vit à Paris.

Pendant quelques années de 1986 à 1990, elle mène une vie relativement stable puisqu'elle arrive à trouver des emplois et à louer une chambre. Elle garde d'abord des enfants puis travaille dans la restauration.

Elle se marie en 1990 mais divorce en 1994 car son mari la frappe. Elle a 30 ans et c'est à ce moment là qu'elle apprend que ses 2 frères ont été tués en Haïti.

Depuis son divorce, elle se retrouve dans une situation précaire (au chômage, sans domicile) et elle va dans des foyers d'hébergement.

Elle rencontre un homme avec lequel , elle va vivre quelques temps mais il la frappe également.

A nouveau, elle se retrouve dans une période d'errance et une décompensation survient qui l'amène à être hospitalisée à St Anne pendant 4 mois durant l'année 1998.

A sa sortie, un traitement est instauré et elle reste depuis adhérente aux soins.

Suite à cette hospitalisation, elle va intégrer le foyer Falret à la demande de son médecin.

Il y a à nouveau rupture car elle supporte mal le cadre de vie de cet hébergement et elle se retrouve sans domicile.

Depuis, elle est soutenue par un accompagnement médico-social dans le cadre du centre de jour et du CMP.

Il semble que la décompensation qui l'ait conduite à être internée en HO en 1998, soit une crise inaugurale.

On ne remarque pas de phénomènes élémentaires mais des troubles du comportement alimentaire qui débutent à la mort de la grand-mère lorsqu'elle à 15 ans.

Il s'agit de conduites anorexiques et de phobie de déglutition. Les mêmes troubles subsistent encore d'où sa difficulté à prendre son traitement.

Un mois avant cette première décompensation qui reste la seule crise connue à ce jour, Mme P présente un épisode maniaque avec le tableau d'excitation classique : elle a une énergie intense et ne ressent pas le besoin de manger et de dormir.

Il semble que ce ne soit pas un épisode isolé puisqu'elle évoque un état similaire qui l'aurait conduit à quitter son travail.

Cette première crise pourrait avoir la forme d'une manie délirante. Elle adhère d'ailleurs toujours à certaines idées délirantes (certaines personnes seraient des zombies, référence sans doute liée au Vaudou très présent en Haïti).

Mais c'est pendant sa décompensation que c'est organisé un délire quasi mystique ou prophétique : elle s'est sentie investit d'une mission : prêcher la bonne parole. Notamment, elle s'érige contre la guerre et souhaite un monde fait de »paix et d'amour « .

Durant cet épisode délirant, Mme P se rend régulièrement dans des églises et elle a des hallucinations visuelles où elle voit la Vierge Marie tenant dans ses bras Jésus et cette vierge lui sourit.

Il s'agit pour elle d'une apparition et elle pense avoir été choisi : »c'est un miracle « .

La Sainte Vierge et Jésus ont les traits de sa grand-mère et d'un de ses frères.

Elle interprète que sa famille veut lui faire passer un message. Le délire s'accompagne alors d'un véritable syndrome d'influence. Mme P se sent possédée. Elle est soumise aux ordres de voix psychiques et accoustico-verbales qui lui imposent des idées et des actes.

Elle sera internée pour s'être retrouvée nue dans une église afin de délivrer son message d'amour ». Elle explique que ce sont les voix qui l'ont poussée à se déshabiller et c'est aussi les voix qui lui ont dit de se jeter sous le métro.

Lors de son arrivée à St Anne, elle souffre d'une désorientation temporo-spatiale et d'un état d'agitation physique. Elle est aujourd'hui dans l'incapacité de se remémorer son arrivée à St Anne et les conduites de son hospitalisation.

Avant cet internement, elle se souvient d'avoir parlé « une langue étrangère ». Elle n'a pas compris les mots de cette langue mais leur sens général qui concerne un monde de paix. Dans cette phase délirante, elle s'est aussi exprimée en français, en anglais et en haïtiens.

Nous nous sommes alors posés la question, pourquoi cette femme a déliré ? quel sens cela a eu pour elle ?

Si on reprend ses symptômes, on retrouve ce qui pourrait évoquer une schizophrénie simple marquée par un certain apragmatisme et un vécu hallucinatoire toujours actif (malgré le traitement, elle entend des voix). Le moment de décompensation peut correspondre à une crise aiguë et peut faire penser à une bouffée délirante aiguë car cet épisode délirant est resté isolé. Cependant, malgré une stabilisation et une compliance à son traitement, des hallucinations accoustico-verbales persistent et il y a une adhérence aux idées délirantes.

Son côté immature et régressif évoque le côté régressif du moi et la pauvreté du discours.

Ses capacités d'élaboration restent pour le moment limitées et sans critique aucune du délire, cependant, Mme P a une certaine représentation de « sa maladie ». Elle se dit « malade » lorsqu'elle a des hallucinations visuelles et une schizophasie.

Le tableau maniaque précédent la crise peut évoquer une schizophrénie disthymique et être l'épisode inaugural de l'entrée dans la schizophrénie. On peut s'interroger également sur une éventuelle structuration psychotique dans l'enfance.

Il nous semble intéressant d'étudier deux moments :

Tout d'abord, la mort de la grand-mère maternelle a sans doute été un épisode traumatisant. C'est dans le Réel qu'elle a pu manifester la mort du sujet en commençant à avoir des troubles alimentaires (phase d'anorexie et phase de déglutition).

---

Peut-être s'agitait-il d'un moment d'anéantissement du Moi comme on peut le retrouver dans un épisode mélancolique. La phase d'anorexie pourrait alors signifier une perte du Moi dans un processus d'identification propre à la psychose.

Le deuxième temps concerne la décompensation et la phase délirante.

Mme P a peut-être tenté la construction d'une métaphore délirante.

Elle explique qu'elle se sentait investie d'une mission : « faire passer un message de paix et dire aux gens que la guerre est une chose horrible » et cela est survenue peu de temps après qu'elle se soit retrouvée à la rue.

Son dernier compagnon l'ayant frappé, cela a pu répéter le traumatisme qu'elle a subi par son mari et également par ses frères qui la battaient.

Mais cette fois-ci cela a peut-être pris le sens dans le Réel d'une injonction phallique et les signifiants phalliques ont pu provoquer soit un manque soit un excès de signification.

Cette crise alors été résolue par la métaphore du délire.

Métaphore qui est semblable à une métaphore névrotique de filiation. Il s'agirait ici d'une métaphore paternelle mais dont la fonction paternelle non symbolisée s'imposerait dans le Réel.

Elle semble avoir réussi à organiser cette signification.

Ses idées délirantes concernant l'amour de son prochain et sa haine de la guerre où les haïtiens étaient responsables de la mort de ses parents et de ses frères peuvent faire écho au mot « haïtiens » et s'entendre « haït siens » ceci pour reprendre dans le Réel comment les « haïs siens » ont pu lui faire du mal.

A de nombreuses reprises en effet, elle a évoqué Haïti comme le peuple qui a tué sa famille, les siens.

Stéphanie Perruchet  
Psychologue clinicienne



## De l'expérience infantile traumatique à la souffrance « psychosociale »

Nous avons choisi, cette année, de rapporter le parcours atypique d'une personne qui, souvent au bord du « précipice » a pu trouver l'appui interne pour ne pas « sauter ».

Nous allons essayer de montrer comment une enfance préjudiciée s'est peu à peu transformée en une souffrance « psychosociale adulte » ; de quelle manière cette histoire infantile traumatique a contribué à inaugurer des conduites à risques, conduites addictives, ressentis d'abandon, d'épuisement, d'insécurité pour en arriver à l'exclusion de toute vie sociale.

Nous nous attacherons également à évaluer ce que M. B. a pu fabriquer durant son séjour au sein du service Eranne, toujours grâce à ce « parachute psychique » qui a dû croître en lui, en même temps qu'il se développait dans le chaos et l'abandon.

C'est l'hôpital F. Widal qui nous adresse la candidature de M. B., 37 ans, alcoolo-dépendant depuis très longtemps - il a déjà été abstinent pendant une période de deux ans, il y a quelques années.

Il est suivi en ambulatoire à F. Widal depuis janvier 2005, après un second sevrage à la suite duquel il est toujours abstinent malgré des conditions de vie très précaires.

En effet, M. B. est sans domicile fixe depuis 1998, date à laquelle il a perdu son dernier emploi, dans la restauration – puis son appartement. La cohabitation dans les centres d'hébergement d'urgence avec une population en grande précarité lui est extrêmement difficile. Il vit dans le local d'un immeuble en banlieue parisienne où on tolère sa présence mais sans aucune garantie de tranquillité.

M. B. est bénéficiaire du RMI. Des demandes d'admission en CHRS restent sans réponse jusqu'à ce jour.

Lors de l'entretien d'évaluation, je suis frappée par la présentation impeccable de M. B.. Jusqu'à la veille de notre entretien, il vivait dans une cage d'escalier, mais venait d'obtenir un hébergement d'urgence pour quelques jours en chambre d'hôtel, par le biais de l'association Charonne. Il n'émet aucune plainte quant à ces conditions de vie très difficiles.

Il semble extrêmement anxieux, présente des tremblements. Cependant, il s'exprime très volontiers, un peu comme s'il prolongeait une conversation commencée ailleurs avec quelqu'un d'autre... Il ne cherche pas à atténuer la gravité de sa pathologie alcoolique : « c'est une maladie... mais le sevrage se passe bien (depuis janvier 2005) ». Il sait aussi qu'il convient d'être prudent car la rechute est toujours possible. Un premier sevrage, il y a cinq ans, sans hospitalisation, a « tenu » deux ans et demi.

« L'alcool, c'est le vice, ou le diable... c'est une garce, ça agit toujours en douce, ça profite de la fatigue et du stress... ».

Très vite, il nous fera comprendre qu'il se place comme objet-dépendant d'un « produit-sujet » qui déciderait pour lui, organiserait sa vie et serait responsable de son enlèvement.

Face à cette emprise délétère, il organise une dépendance plus bienveillante, à l'égard des intervenants médico-sociaux qu'il évoque avec beaucoup de respect : « eux, ils savent ce qui est bien pour moi, alors je les écoute... ». Ce qui lui permet d'être très compliant au traitement, de se rendre très régulièrement à tous les rendez-vous médicaux, tant en alcoologie qu'en psychiatrie, ainsi qu'avec les travailleurs sociaux.

Il évoque très rapidement sa famille avec une partie de laquelle il renoue des liens : un frère aîné et un oncle paternel. Il s'en montre très heureux, car c'est grâce à son renoncement à l'alcool. Il est le dernier d'une fratrie de quatre enfants. Le frère aîné est atteint du VIH, ainsi que sa femme « mais ils commencent à s'en sortir », nous dit-il... Sa sœur aînée : « tout va bien pour elle, elle est directrice d'un restaurant ».

Il passera très vite ce jour-là sur le placement à la D.A.S.S., des enfants lorsque lui-même avait environ trois ans. Placement consécutif à la séparation semble-t-il, très douloureuse des parents.

Actuellement, son père est en « maison de repos », ils ne se voient pas, mais sait qu'il a arrêté de boire...

Il ne voit plus non plus sa mère. Elle est remariée depuis de nombreuses années. Il a des demi-frères et sœurs qu'il ne voit pas du tout. Il évoque une rupture radicale du fait de l'alcool...

---

Pour terminer, M. B. se plaindra de pertes de mémoire importantes et parfois de quelques problèmes de prononciation. Effectivement, il présente un bégaiement, intimement lié à des moments de grande anxiété.

M. B. souhaite pouvoir retrouver un emploi ou peut-être une formation. Il exprime un profond désir de « revenir dans la société ».

Nous convenons de l'héberger.

Pendant la courte durée qui sépare cet entretien de l'hébergement, M. B., victime de crises d'angoisse récurrentes, est réhospitalisé, « il ne peut plus supporter la solitude ».

C'est avec une certaine inquiétude que nous l'accueillons en reprenant les modalités de notre dispositif et, plus particulièrement, une certaine solitude à apprivoiser dans la chambre d'hôtel. Il nous est arrivé à maintes reprises de ne pouvoir endiguer une rechute toxicomaniaque (quel que soit le produit) chez des personnes dont le sevrage était encore très fragile et le risque d'effondrement psychique très actif.

M. B. va tout faire pour nous rassurer : « maintenant, il est pris en charge pour trois mois, il va avoir beaucoup de choses à entreprendre pour mener à bien ses démarches professionnelles et compte bien s'y employer le plus rapidement possible ! »

M. B. n'aura de cesse de manifester son besoin vital de « contenant fiable » : sous forme de conseils, de « réparation narcissique », d'encouragements sur un mode très infantile : il nous présente l'enfant qui ne s'est probablement pas senti « bien tenu » par les adultes – ce qu'il nous confirmera plus tard -, mais en qui il continue tout de même d'espérer...

M. B. va décomposer les entretiens en deux séquences : la première pendant laquelle il va décliner toutes les « démarches » qu'il accomplit, puis la seconde qu'il occupe à parler « de lui », de ses émotions de ses angoisses ; comme si la première étape donnait droit à la seconde.

M. B. sait se rendre « attachant ». Hormis le service de Fernand Widal, il est pris en charge par l'Association Charonne sur le plan social, un peu double emploi. L'A.S. nous confirme que ce « monsieur est tellement touchant qu'elle ne parvient pas à mettre un terme... ». Lorsqu'elle quitte son poste, sa remplaçante sera « captée » de la même manière...

Au début de son séjour, M. B. présentait une anxiété massive : bégaiement, transpiration, tremblements... «voulait absolument faire un sans-faute ».

M. B. obéit « aux grandes personnes » : régression massive. Les différents intervenants lui indiquent les démarches à effectuer. Il peut exécuter mais en aucun cas ne peut imaginer quelque chose pour lui-même. On doit penser pour lui et il « fait » : «vous faites votre travail, je vous fais confiance sans rien demander »... Tout comme il se positionne en objet-esclave du « produit-alcool », il ne peut être sujet de son histoire.

Il va commencer un stage d'accompagnement à la recherche d'emploi par le biais de l'ANPE.. Craint la difficulté. Une dépression d'infériorité risquerait de le faire renoncer, mais « il ne peut pas faire ça à MmeC. », l'A.S. « qui s'est décarcassée pour lui obtenir ce stage ».

M. nous dit à plusieurs reprises se sentir diminué du fait de son niveau de connaissances extrêmement faible. Nous l'encourageons à envisager parallèlement une « remise à niveau ». Cela fera l'objet de plusieurs entretiens, il finit par obtenir un rendez-vous pour un bilan et... il « oubliera » de s'y rendre... « il s'est trompé de mois » ! M. B. se détend au fil des semaines, se sent « accepté » à Maavar... « A l'hôtel on n'a rien à lui reprocher »... Nous parviendrons même à user d'un peu d'humour pour qualifier cet oubli « d'acte manqué ».

M. B. dit ne pas souffrir de manque concernant l'alcool et s'en montre rassuré et heureux. Il continue d'assister aux réunions hebdomadaires de Fernand Widal avec le médecin alcoologue.

M. B. constitue des « balises » de survie autour de lui : les travailleurs sociaux qui « lui disent ce qu'il faut faire et il fait » ; nous qui l'accueillons et lui permettons « de revenir à lui » nous dira-t-il et les médecins. Et surtout, pas question de décevoir ces « contenants parentaux » !

Il est heureux de renouer progressivement des liens avec son frère aîné et sa belle-sœur, tous deux atteints du VIH, mais « ils commencent à bien s'en sortir, ils travaillent, ont un appartement », après avoir vécu de longues périodes de grande précarité...Ce sont des modèles identificatoires puissants auxquels il se raccroche. Ces liens se retissent grâce au fait qu'il ne boit plus... M. B. accorde beaucoup de crédit à leurs conseils.

Durant de nombreux entretiens, M. B. s'est situé dans l'immédiateté, le présent, les démarches professionnelles, les recherches d'hébergement (attente de réponse de la Cité Myriam), puis lors d'une réflexion autour de son sentiment d'infériorité, il s'est « autorisé » à « raconter son histoire... elle n'est pas très intéressante », pense-t-il utile de nous dire pour introduction . Voici ce qu'il va nous apprendre.

Il est le dernier d'une fratrie de 4 : un frère aîné sourd-muet « qui est devenu fou » ; une sœur « qui a bien réussi mais ne veut plus le voir à cause de l'alcool » ; ce frère, atteint du VIH, marié, qu'il retrouve peu à peu.

La fratrie a été placée à la D.A.S.S. lorsque M. B. avait trois ans : nombreuses familles d'accueil , puis troubles du comportement, problèmes scolaires, il a ensuite été placé dans plusieurs Foyers pour adolescents où cela se passait toujours très mal...

Son père, harki, est revenu « malade » de la guerre d'Algérie. Il a été hospitalisé en psychiatrie... a perdu son emploi, plus d'argent... ce qui a motivé le placement des enfants à la D.A.S.S. Son père venait le voir souvent, mais pas sa mère qui se trouvait « dans une autre ville ». M. B. parle peu de l'enfance, sinon pour dire combien il était « malheureux » dans les familles d'accueil... ne se sentait pas aimé... on les prenait « pour l'argent »... mais évoque une adolescence très tourmentée : fugues, Foyers pour délinquants, quinze jours de prison...

Lorsqu'il a atteint sa majorité, son frère lui a fait rencontrer un homme à Marseille qui l'a embauché, d'abord comme magasinier, vendeur. Puis, ensuite, cet homme a acheté un café, M. B. est devenu serveur. Et c'est de là qu'a commencé l'augmentation de sa consommation d'alcool... « sans s'en rendre compte ». Il avait commencé très jeune dans les Foyers.

C'est ainsi qu'il a « raté » plusieurs relations avec des femmes qui ne pouvaient plus supporter son alcoolisme qu'il déniait à l'époque... « Avant », il a vécu avec une femme pendant six mois, il avait un appartement, « une vie normale », mais il est parti « sur une tocade », « j'ai fait le con, c'est de ma faute », dit-il, avec une certaine perplexité, le visage entre ses mains, comme si une partie de lui-même lui restait énigmatique, obscure... « je ne peux pas en dire plus... je ne sais pas »...dit-il très affecté.

A la fin de cet entretien, M. B. me remercie de l'avoir écouté, « ça lui a fait plaisir de reparler de ce passé » !

Si l'on admet l'idée que l'image de soi et sa consistance se constituent entre autres de la relation qu'on tisse avec les autres, ce moment lui a peut-être permis de rassembler des morceaux éclatés de son histoire, de faire échec à cette discontinuité qui la caractérise.

M. B. souhaite que nous reprenions le cours de son histoire lors de notre prochaine rencontre. La fin du séjour approche à Maavar, la réponse positive de la Cité Myriam se fait attendre et une forte anxiété réapparaît.

Nous lui apprenons « la bonne nouvelle » : l'Association Charonne accepte de le reprendre pour quelques semaines en attendant son entrée à la Cité Myriam. De plus, une association intermédiaire lui propose « des petits boulots », en attendant... Une opportunité lui était proposée de reprendre son métier de serveur, ce que tous les intervenants et nous-mêmes lui avons fortement déconseillé.

Des rires immotivés apparaissent, ainsi que son bégaiement, des barrages de la pensée (se tait au milieu d'une phrase).

Il nous explique qu'il était tellement angoissé en voyant le froid qui s'installe, qu'il a du mal à réaliser qu'il ne va pas se retrouver « à la rue »...

M. B. reprend la suite du récit de son « naufrage » : Il a passé trois ans « à la rue », sans un seul jour « sous un toit », en buvant trente à quarante bières par jour !!!

Il se séparait de sa dernière amie « qui ne voulait plus de lui », ses missions interim comme serveur se faisaient de plus en plus rares, puisqu'il était ivre en permanence. Il « a perdu » son appartement.

Il a vécu dans un placard à poubelles pendant plusieurs mois dans un immeuble de banlieue. Chaque soir, M. B. reprenait le dernier RER pour regagner cet immeuble, mais il restait caché jusque très tard dans la nuit afin que les « bandes » ne le remarquent pas et c'est à ce moment qu'il regagnait « ce squatt ». Un jour, des jeunes l'ont repéré, ont failli « lui casser la figure », il était très amaigri, affamé... L'un d'eux l'a reconnu (la belle-sœur de M. B. avait vécu dans cet immeuble et lui-même s'y était rendu plus d'une fois), donc, défendu, ils lui apportaient souvent à

manger...se sont mis à le protéger... l'encourageaient à arrêter de boire et aller se faire soigner. Il était devenu totalement incuriqué, indifférent à lui-même. Cependant, chaque matin, il prenait soin de faire disparaître toute trace de son passage, tout était soigneusement intact.... Et ce, malgré son ivresse quasiment permanente... Son corps lui était devenu indifférent, mais il continuait de préserver son environnement. Comme si une part de lui résistait à cette œuvre de destruction.

Les employés de l'immeuble ont fini par le surprendre mais ne l'ont pas signalé... « ce n'est pas comme dans les immeubles à Paris où on appelle tout de suite la police, là c'était une cité... les gens ne sont pas pareils »...

Tout cela se passait dans une solitude totale. Il se sentait moins en danger d'être seul que dans la fréquentation de « bandes trop violentes, en tout cas dont on n'aurait pu se faire des amis »...

Chaque matin, il reprenait le RER pour Paris, « comme pour aller travailler », il faisait la manche, allait de temps en temps prendre une douche...

Un jour, fatigué de vivre dans cette désespérance, il choisit de « tenter Nanterre » : l'autocar à 18 heures 30 à la Villette...pour une nuit. Et là, « un choc » s'opère : M. B. se trouve face à un « miroir » terrifiant. Il rencontre là le désespoir, la précarité, la violence, des visages et des corps « déformés, monstrueux ». « Il ne veut pas en arriver là...décide d'arrêter... ».

On ne peut qu'être surpris par le fait que les traits de son visage ne reflètent pas du tout l'usure qu'on aurait pu attendre au regard de sa consommation massive d'alcool et de la longue et grave période d'errance. Au contraire, on observe une expression juvénile, quasi « enfantine » comme si tout ce qui l'avait abîmé »s'estompait.... Progressivement, il utilise son passage à Maavar comme une réparation narcissique physique et psychique. Il prend soin de son aspect physique. Il est sensible aux remarques encourageantes que nous lui faisons, comme autant de marques d'appropriation prudente d'une subjectivité depuis longtemps disparue.

Au sortir de Nanterre, le lendemain matin, il se fait hospitaliser à l'Hôtel Dieu et a entrepris de mettre un terme à son entreprise de destruction. Prise en charge de sa santé, de ses droits administratifs, RMI qu'il

n'allait même plus percevoir...puis entrée à Fernand Widal pour traiter l'alcoolisme...puis Maavar...

M. B. reste très prudent, sait que deux périodes de sevrage ont échoué. Nous sommes en décembre 2005 et remarque qu'en janvier 2006, cela fera une année « qu'il n'a plus retouché à l'alcool », mais avec la satisfaction que ce produit « ne lui manque pas, il n'y pense même pas ».

Nous arrivons au terme de la période d'hébergement. Il va intégrer une résidence sociale en attendant une place dans un CHRS qui lui a donné une réponse favorable de principe. Il a des « petits boulots » par le biais d'une association intermédiaire. Il est en train d'assurer des liens chaleureux avec son frère et sa belle-sœur, très renarcissisants pour lui. Tel est le bilan qu'il décline lui-même.

M. B. n'aura de cesse de me remercier de lui avoir permis de « reparler de son passé... ça fait du bien » nous confirmera-t-il, une manière peut-être d'endiguer une histoire constituée d'abandon, de déliaisons. S'entendre parler de lui, se sentir écouté lui offriraient peut-être au moins partiellement la reconstitution d'un moi « en morceaux », l'accès à une subjectivité longtemps interdite par ce sentiment d'objectalisation précoce : il se sentait « déplacé de familles en familles comme un objet... et quand on n'en voulait plus... on le renvoyait »... Plus tard, il a attribué au « produit-alcool » le pouvoir de le maintenir objet.

Ce « parachute » s'est-il constitué dans la petite enfance avant l'explosion familiale ? Quoi qu'il en soit, malgré de longues périodes de dérive extrême, il n'a jamais totalement perdu pied. Une infime lueur lui permettait de ne pas sombrer complètement.

D'ailleurs, il a pu ériger les associations, les soignants en « organe ascensionnel, objet d'appoint » au sens de Francis Pasche, celui qui manque cruellement dans la dépression grave, la mélancolie, mais auquel on peut s'accrocher lorsqu'on a la possibilité de se le « fabriquer ».

Si Eranne a pu représenter une part de cet objet, peut-on considérer qu'il a accompli sa mission ?

Gisèle Eskenazi  
Psychologueclinicienne



---

## **Pour conclure**

Cette année 2005, a été pour le service, un temps majeur.

Celui a été notamment marqué par la mise en place d'un réseau encore plus serré de prise en charge autour des personnes hébergées., s'inscrivant dans la dynamique mise en place à la naissance du service en 1997.

De plus en plus, l'association Maavar est aussi reconnue pour l'activité spécialisée qu'elle développe par le biais de son service Eranne. Le mode de prise en charge que nous proposons, à un public fragilisé du point de vue social et économique, exclu de par leurs troubles psychiques fortement invalidants, se montre pertinent et source d'enseignements.

L'association Maavar, les cliniciens et les travailleurs sociaux qui y exercent, ont su déployer une pratique et un cadre de prise en charge, qui fait du service Eranne, un lieu autre et singulier ; l'un des seuls, au sein duquel, un public en souffrance majeure, stigmatisé par une double exclusion - psychique et sociale - peut s'inscrire.

Conscients des enjeux, notre désir est de développer ce dispositif dynamique, se définissant comme une alternative et un partenaire privilégié du réseau de la psychiatrie publique, répondant à des enjeux éthiques sociaux et sanitaires qui marquent de manière radicale, la collectivité.