

# **Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ?**

## **À propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de désocialisation.**

Sylvie Quesemand-Zucca<sup>1</sup>

Olivier Douville<sup>2</sup>

*« Le danger est qu'une civilisation globale, coordonnée à l'échelle universelle, se mette un jour à produire des barbares nés de son propre sein, à force d'avoir imposé à des millions de gens des conditions de vie, qui, en dépit des apparences, sont les conditions de vie des sauvages »*

Hannah Arendt

### **Résumé**

Les auteurs soulignent la complexité des faits cliniques liés à la prise en charge de personnes vivant en extrême précarité et proposent la mise en place de dispositifs d'accueils adaptés.

### **Mots clés**

Corps ; Cotard (syndrome de) ; exclusion ; politique ; social.

### **Summary :**

The authors mention clinical facts complexity linked to homeless lifes and propose therapeutical lodging, fit into society.

### **Key-words**

Body ; Cotard (syndrome) ; exclusion ; politics ; social.

### **Avant-propos**

---

<sup>1</sup> Psychiatre, psychanalyste, Réseau Souffrance et précarité (Dr X. Emmanuelli, Hôpital Esquirol, 94500 St. Maurice).

<sup>2</sup> Psychanalyste, Psychologue clinicien, Directeur de publication de la revue. Maître de conférences, Université Paris 10-Nanterre, Unité de recherche Médecine, Sciences du vivant, psychanalyse, Université Paris 7 (Pr. D. Brun).

La subjectivation est déterminée par les conditions actuelles d'un discours et d'un lien social. Il est nécessaire d'établir ce point de départ à propos de sujets qui sont comme forclos du discours social ambiant. Ils nous rappellent que le travail de culture au sein de chacun est quelque chose qui n'est jamais acquis une bonne fois pour toutes et qui peut s'interrompre, se mettre en suspens, se dégrader dans des circonstances graves où la vie est réduite à la survie. De plus, si des pans de population de plus en plus nombreux éprouvent ce tassement qui réduit l'existence à la survie, c'est que nous sommes peut-être bien, actuellement, devant une fabrique de masse qui ne peut être décrite par les seuls termes d'injustices sociales singulières ou de défaillances des sujets à s'adapter. Certes, toute une psychopathologie de l'exclusion nous enseigne sur les processus internes d'auto exclusion, tout comme sur les problématiques d'un lien social défaillant. Ces processus peuvent exister chez chacun d'entre nous mais la particularité de cette population, coupée de tout lien social autre que celui que fournit l'assistanat, est son caractère massif. Il nous semble que plus grossit la masse de ces exclus, plus l'inertie, à son tour, devient massive :

- Inertie des modalités d'aides qui sont comme figées face au devenir à long terme de leurs capacités aussi bien d'accueil que de soin.

- Inertie de la masse de ces exclus, dans laquelle se côtoient, entre autres, sans papiers, psychotiques chroniques, toxicomanes, qui doivent dégager le maximum d'énergie pour survivre dans un dispositif d'urgence saturé, parfois explosif.

- Inertie des citoyens qui commencent à ne plus percevoir les plus pauvres, invisibles habitués de nos paysages urbains.

Qu'entendre de ces paroles erratiques, de ces « coups de gueule » de ces tonitruantes apathies, de ces discours à partir de leurs corps et de leurs organismes que jettent à la cantonade avant de s'alourdir dans un silence de plomb, des hommes, des femmes, des enfants et adolescents, déjetés dans les interstices de nos villes, en Europe ou ailleurs ? Comment penser le soin psychique alors ? Peut-on le penser seul ? Un débat a souvent été reconduit qui parle de misère de la psychiatrie si cette dernière devient une psychiatrisation de la misère. Ce débat s'est tant soit peu essoufflé. La psychiatrie se délite et la citoyenneté s'émousse. Il devient inacceptable que le sujet

souffre, mais presque indifférent qu'il soit spolié. On aime aussi à prétendre que le lien social se décompose. Ce catastrophisme offre à la pensée trop de facilités moroses. Car, loin de s'éroder, le social est déterminé par des formes nouvelles de gouvernabilité, dont le marché et d'autres sur lesquelles des anthropologues se penchent actuellement<sup>3</sup>. Notre contexte sociologique est présent aux yeux de tous : c'est le contexte d'une société où se multiplient des lignes de fractures (qui ne sont pas que sociales) et où l'on voit apparaître dans la rue, dans le métro, les halls de gare, et même les bretelles d'autoroute, des centaines, puis des milliers de mendiants ou d'errants, dont beaucoup sont devenus des SDF. Cependant, l'exclu peut être aussi ressenti non comme une victime mais comme une menace possible. En ce sens l'exclu – tout comme l'errant – fait émerger la fragilité et l'artificialité qui affectent la relation qu'entretient l'autochtone à ses propres espaces urbains, à son familier psychogéographique. On pourrait ajouter : l'autochtone n'est jamais autochtone, souvent il se prend pour l'autochtone. Et chaque exclu renvoie ceux qui le côtoient à la destruction, au moins interne, de la polis. L'empreinte de ce désastre habite notre culture depuis l'*Illiadé*.

Le fait clinique nouveau concerne donc le retrait psychique de ces femmes et de ces hommes fabriqués comme sujets de masse<sup>4</sup>, exclus de la citoyenneté. Lucide et remarquable par ses capacités d'anticipation, Hanna Arendt affirmait, parlant des apatrides, que « Être fondamentalement privé des droits de l'homme, c'est d'abord et avant tout être privé d'une place dans le monde qui donne de l'importance aux opinions et rende les actions significatives. Quelque chose de bien plus fondamental que la liberté et la justice, qui sont les droits des citoyens, est en jeu lorsque appartenir à la communauté dans laquelle on est né ne va plus de soi, et que ne pas y appartenir n'est plus une question de choix, ou lorsqu'un individu se trouve dans une

---

<sup>3</sup> Hours, B. et Sélim, M. « L'altération de l'altérité entre domination et marchandise », *Psychologie Clinique*, 16 « Ruptures des liens, cliniques des altérités » (sous la dir. de O. Douville et C. Wacjman), Paris, L'Harmattan, 2003 : 9-18, et Althabe, B. : « Production du social : tendances actuelles », *Psychologie Clinique*, 16 « Ruptures des liens, cliniques des altérités » (sous la dir. de O. Douville et C. Wacjman), Paris, L'Harmattan, 2003 : 19-33.

<sup>4</sup> Douville, O. : « les exclusions psychiques du marché » *Histoire et anthropologie*, n° 22, premier semestre 2001 : 141-156.

situation telle, qu'à moins de commettre un crime, la manière dont il est traité par autrui ne dépend plus de ce qu'il fait ou ne fait pas. Cette situation extrême, et rien d'autre, est la situation des gens qu'on prive des droits de l'homme. Ce qu'ils perdent, ce n'est pas la liberté, mais le droit d'agir ; ce n'est pas le droit de penser à leur guise, mais le droit d'avoir une opinion »<sup>5</sup>. Il nous faut alors partir d'un premier sens, approximatif : l'étayage du psychisme et du corporel sur le lien social est lié à la capacité de se faire entendre, reconnaître et aussi à la possibilité de se voir attribuer des contenus psychiques, des émotions, des capacités de s'insérer dans les lois de la parole et les forces de l'énonciation. L'inconfort que nous ressentons et en tant que cliniciens et en tant que citoyens devant de grands exclus peut constituer une base solide, sensible, permettant de ressaisir la notion d'étayage des fonctions psychiques et corporelles sur le discours et le lien social. L'anthropologie clinique reprend ici sa place et nous aide à situer ce qui institue la vie humaine dans la cité. Or ce qui l'institue est de l'ordre du droit et non seulement du registre de l'assistance. Le droit fabrique du corps, du corps social, grâce auquel la société peut continuer à s'engager à parler.

### **Limites du savoir clinique, discussion à propos d'un syndrome de Cotard social**

Ce qui interroge notre savoir clinique et lui échappe à propos des situations-limites de subjectivation dans l'actualité du monde social doit-il nécessairement être récupéré, codifié et classé avec nos outils nosologiques ? Revenons, aux situations d'hommes ou de femmes qui, vivant dans des conditions de grande désocialisation, ne répondent plus aux sollicitations que nous leur proposons en matière d'aides de toutes sortes et *a fortiori* de soins. Comment pouvons-nous réagir et penser sans pour autant être prisonnier de nos grilles de lectures nosographiques et psychologiques, tout en gardant en tête la dimension du soin ? Quelle peut être notre liberté d'invention clinique, s'il n'existe pas en amont de nos actions une politique qui ouvre à d'autres perspectives qu'un seul assistanat de première ou de dernière urgence ?

---

<sup>5</sup> Arendt, A. *Les origines du totalitarisme*, Paris, Quarto Gallimard, 2002, page 599.

Nous risquons alors de ne pas dépasser la première phase du traitement d'un choc sans avoir les moyens de passer au stade suivant, qui est celui de l'épreuve ; l'épreuve de l'autonomie face à des enjeux où la personne va devoir affronter de nouveau la dimension de l'altérité. Comment éviter que cet assistanat ne se transforme en grand sein maternel archaïque ? Une fois le cercle des dépendances bien établi, le sujet perd peu à peu tout esprit d'initiative, contrairement à l'enfant qui explore et découvre. Il devient « comme un » sujet, plus que « sujet » ; l'alcool vient tamponner cet espace trop angoissant entre lui et ce qui pourrait advenir comme perception de ce manque à être sujet à part entière.

Lors de rencontres avec ces personnes en situation d'exclusion extrême, le clinicien, qu'il soit psychologue, psychiatre ou psychanalyste, ne peut qu'entrevoir l'immensité de la béance entre son identité quotidienne – son évidence naturelle de sa présence au Monde, au-delà de toute identité professionnelle – et ce que présente le monde de l'autre : l'autre qui n'est plus rien, ou presque, au regard de la société. Cet autre trop autre qui même, parfois, n'est plus concerné par le fait de porter un nom, cet autre n'a en guise d'inscription sociale, qu'une seule désignation, privative : sans papiers, sans domicile et sans travail. Trop souvent, à la longue, à force d'années de misère, c'est bel et bien la capacité de ressentir de la souffrance qui est altérée. Celui ou celle qui se vit comme un étranger radical semblant s'exiler de la scène des pathos et des émotions en partage, en signifiante et en adresse. Dans bon nombre de situations, il est plus juste de parler de psychisme en souffrance, tant la plainte et l'indignation ont déserté les logiques et les styles des paroles et des silences. Un psychisme en souffrance... « En souffrance » : nous connaissons le jeu de mot, il est dû à Lacan qui soulignait que ce qui serait en souffrance serait comme une lettre recommandée en souffrance à la poste, elle attendrait qu'on vienne s'en occuper, qu'on vienne la retirer et la lire, enfin. Si nous insistons sur ce retournement du pathos « souffrance psychique »<sup>6</sup> en problématique clinique « psychisme en souffrance », c'est que nous

---

<sup>6</sup> Quesemond-Zucca, S. « À propos de la banalisation de la souffrance psychique », *Psychologie Clinique*, 16 « Ruptures des liens, clinique des altérités » (sous la dir. de O. Douville et C. Wacjman), Paris, L'Harmattan, 2003 : 101-104.

pensons que ce que rencontre le clinicien est une clinique du retrait psychique, et non fatalement une clinique de la psychose à la rue ou de la psychopathie, ou encore de l'addiction, même si le démantèlement dramatique de la psychiatrie, les contraintes cruelles au désenfermement sauvage relèguent sur les trottoirs de nos cités un certain nombre d'hommes et de femmes, anciens chroniques des Hôpitaux spécialisés de Paris ou d'ailleurs. Ces galériens de la survie alertent tout de suite en raison de leur rapport au corps et à l'espace. Même si nous connaissons tous ces SDF apparemment bien tolérés qui campent leur « manche » aux seuils des cafés, des restaurants et des supermarchés, nous les voyons aussi, dans les coulisses du spectacle de l'adaptation de surface à la vie de la rue, se dégrader considérablement avec le temps, ou encore se replier de façon de plus en plus discrète, de plus en plus anonyme dans les lieux les moins humainement qualifiés des périphéries urbaines, ou dans des centres d'hébergements sociaux, dans toute la France, d'où ils ne bougent plus, immobiles, statufiés. Cet état d'effacement et de désépécification de la présence corporelle a pu être observé aussi bien chez des SDF adultes à Paris<sup>7</sup> que chez des adolescents en grande errance dans les rues des mégapoles sud-américaines<sup>8</sup> ou africaines<sup>9</sup>.

Il n'est pas impossible de dire que plus le territoire occupé par l'exclu se vide de toute empreinte de la parole humaine, se transit de silence, plus le rapport au corps se caractérise par un mélange abrupt d'indifférence et d'abandon majeur. Il semble que tout lien entre durée, pensée, actes, décision, se dissolve littéralement. En quelque sorte, le sujet, après un vécu particulièrement dur, soumis à de trop fortes exigences de survie, « choisirait », par défaut, d'organiser ce qui lui reste de pulsion de vie dans la gestion de l'immédiateté, rejetant tout affect risquant d'être associé à une pulsion mortifère l'empêchant de se battre au quotidien de sa « nouvelle » vie ; mais du même coup, il se met en risque de renoncer en quelque sorte à lui-même, laissant au

---

<sup>7</sup> Quesemand-Zucca, S. « Leçons de géographie », *Psychologie Clinique*, 7 « Exclusions, précarités : témoignages cliniques » (sous la dir. de O. Douville et L. Ridet), Paris, L'Harmattan, 1999 : 69-74.

<sup>8</sup> de Souza Alvarez, A.-M. : « La résilience et l'habitation ans la rue. Étude des habitants de rue – enfants et adultes- dans la ville de Sao Paulo » *Cultures, insertions et santé* (sous la dir. de C. Sabatier et O. Douville), Paris, l'Harmattan, 2002, collection « Espaces interculturels » : 277-289.

<sup>9</sup> Douville, O. : « Avec les enfants des rues à Bamako. La nécessité d'une approche pragmatique et avertie », *Enfances & Psy*, 2003, n° 22 : 143-149.

placard tous les aléas de la subjectivité, qui fait de l'humain un être en proie à ses contradictions, ses divisions, ses doutes, en dialogue avec ses fondations, pour y substituer l'anesthésie psychique de l'alcool et la déchéance physique progressive. Pour rendre compte de ces glissements progressifs, que nous situons aussi comme des processus d'effacement de la communauté et du principe de réciprocité au sein même du sujet, certains cliniciens ont pu, par exemple, forger l'expression de « syndrome de Cotard social ». Ce que nous allons discuter. Rappelons que le vieux syndrome de Cotard<sup>10</sup> se signalait par :

- des manifestations d'anxiété quasi-constantes.
- des idées de damnation et de possession.
- une propension au suicide et aux mutilations volontaires.
- l'analgésie.
- des idées hypochondriaques d'inexistence et de destruction des orifices, des organes, des membres.
- une néantisation physique et métaphysique s'exprimant par un vécu tétanisant d'immortalité et aussi, parfois, par des thèmes de non-existence ou de destruction « cadavérisante ».

Ce terme étonnant de « Cotard social » qui fut proposé, lors de journées de formation, comme un fait clinique observable et objectivable, comme un trait

---

<sup>10</sup> Cotard J. Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. Société Médico-Psychologique, séance du 28 juin 1880 in *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales* . (textes réunis par J.Falret). Paris, 1891 Libraire J.B. Baillière et fils. 19, rue Hautefeuille. Réed. In Du délire des négations aux idées d'énormité Paris, L'Harmattan, collection « trouvailles et retrouvailles », Paris, 1997 : 19-25. Cotard J., Du délire des négations, Archives de neurologie n° 11 et 12, 1882 in *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales* . (textes réunis par J.Falret). Paris, 1891 Libraire J.B. Baillière et fils. 19, rue Hautefeuille. Réed. In Du délire des négations aux idées d'énormité Paris, L'Harmattan, collection « trouvailles et retrouvailles », Paris, 1997 : 25-53. Cotard J., Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse. Archives de neurologie Vol VII n° 21, mai 1884. Réed. In Du délire des négations aux idées d'énormité Paris, L'Harmattan, collection « trouvailles et retrouvailles », Paris, 1997 : 53-58. Cotard J. De l'origine psycho-sensorielle ou psychomotrice du délire. Annales Médico-psychologiques, 1887. Cotard J., Le délire d'énormité (Lecture faite à la Société médico-psychologique du 26 mars 1888) . Réed. In Du délire des négations aux idées d'énormité Paris, L'Harmattan, collection « trouvailles et retrouvailles », Paris, 1997 : 58-62. Cotard J. De l'origine psycho-motrice du délire, (Communication posthume préparée pour le Congrès international de médecine mentale d' août 1889) . Réed. In Du délire des négations aux idées d'énormité Paris, L'Harmattan, collection « trouvailles et retrouvailles », Paris, 1997 : 62-74.

nosographique, s'il est réduit à un trouble de la présentation du corps et du langage, comme la forme la plus désenchantée de cette présentation, permettrait alors d'évoquer et même d'observer scientifiquement ces corps à la dérive qui se laissent glisser vers une mort progressive. En posant de tels diagnostics, en faisant à ce point une clinique détachée du contexte de la rencontre et de l'épreuve du contact avec l'autre, ne risque-t-on pas de rabattre le social à du « faisant fonction de clinique » là où dominerait la nécessité d'une vision politique collective, engagée dans sa responsabilité, sur les conséquences produites sur les hommes d'un traitement social excluant de plus en plus d'hommes justement de liens de contrat social au profit d'assistanats répétitifs ?

Les choix doivent être précis. Ce n'est pas une seule et simple question de terminologie. Soit on fabrique toujours de la nosologie, soit on use du Cotard pour parler, cliniquement et anthropologiquement, du statut du fonctionnement du corps érogène et pulsionnel dans la modernité, en raison de l'affadissement et de l'interchangeabilité des discours et des dispositifs qui font la pulsion consentir à accepter les dispositions des orifices naturels de l'organisme. Un corps est sensible au dire et son fonctionnement réputé naturel est lié aux dispositifs de reconnaissance, de parole et d'échanges dans le quel le sujet est situé. En ce sens, le modèle de Cotard acquiert une signification pour la psychanalyse et pour l'anthropologie clinique, et il ne peut se glisser comme une fiche d'observation dans un arsenal nosographique. Il indique à quel point la tenue du corps dépend aussi d'une batterie de signifiants logés dans l'Autre, et adressés au sujet, que ce dernier utilise pour se spécifier, se représenter et s'approprier sa densité corporelle. L'accent n'est alors plus porté sur un trouble du narcissisme, mais sur une subversion, par désertification de la présence signifiante de l'humain, de la relation du sujet à ses altérités. Saluons au passage l'audace de l'oxymore « Cotard social » car s'il y a bien une spécificité du syndrome de Cotard c'est que la négation de soi qui y est au premier plan découle de l'anéantissement progressif de toute altérité voisine ou transcendante. On voit mal quelle liaison peut se faire entre Cotard et social, dans la mesure où on voit mal ce

qui reste d'un rapport social à autrui dans un tel syndrome s'il est pleinement réalisé à ne le considérer, bien entendu qu'au strict plan nosographique.

Tombée quelque peu en oubli, du côté des psychanalystes, jusqu'au milieu des années 1950, si ce n'est dans un texte passé presque inaperçu de S. Resnik<sup>11</sup>, la valeur clinique de ce syndrome a été établie par M. Czermak<sup>12</sup> qui a su, autour de lui encourager des recherches de premier plan à propos du statut du corps dans la psychose<sup>13</sup>. Ce qu'il dit et écrit de ce corps « cotardisé » qui ne tient plus, en raison d'une néantisation de toute altérité et d'une déspécification des orifices pulsionnels est donc issu de pénétrantes observations de patients en mélancolie délirante et d'une relecture fouillée des classiques de la littérature des aliénistes français de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, visant à restituer le tranchant et le probant de cette clinique. De Resnik à Czermak, la compréhension du Cotard a évolué. Le premier l'éclairait par une tradition phénoménologique, insistant sur l'aspect figé de la temporalité et sur les processus de dépersonnalisation. Le second, puis avec lui les cliniciens qu'il a formés (Cacho, Thibierge, Tyzler, notamment) introduisent à la connaissance d'une forme de négation particulière. Elle ne se réduit pas à la fameuse dénégation freudienne. Elle en serait même son antithèse. La capacité de dire non, de s'opposer et de plaindre, suppose déjà une première forme d'interlocution à autrui, une mise en rapport avec la demande de l'autre, avec un autre manquant, donc. En revanche, la négation cotardienne ne se comprend pas comme une perturbation des modes imaginaires d'endosser et d'habiter son corps<sup>14</sup> ; au point même que la notion de délire pourrait sembler ici très peu adéquate. En effet, c'est bien du moment où le

---

<sup>11</sup> Resnik, S : « Syndrome de Cotard et dépersonnalisation », *Revisita de psicoanalisis*, 21 sept. 1954, t. XII, n° 1, Buenos Aeres, traduit par l'auteur dans *L'Information Psychiatrique* (1970), vol. 46, n° 5 (1970), puis présenté dans une version revue et corrigée par l'auteur in *Personne et psychose, études sur le langage du corps*, Paris, Payot, 1973 : 41-68.

<sup>12</sup> Czermack M. « Signification psychanalytique du syndrome de Cotard » . *Passions de l'objet* , Paris, J. Clims, 1986, pp 205-234.

<sup>13</sup> Cacho, G. *Psychopathologie du syndrome de Cotard* . Thèse Nouveau Régime du département de Psychologie de Paris-Nord ( M.Dayan sous la dir. de ) 1991. et *Le délire des négations*. Éditions de l'Association freudienne internationale – Le discours psychanalytique, Paris, 1993

<sup>14</sup> De sorte que lier le syndrome de Cotard à la dépersonnalisation comporte le risque d'une confusion de plan entre Imaginaire et Réel.

patient exprime et forge à nouveau l'amorce d'un délire – le plus souvent persécutif – que l'imaginaire reprend un peu de champ<sup>15</sup>.

Le modèle du Cotard, entendu dans sa signification psychanalytique pourrait-il être étendu à un modèle plus ample qui cernerait le rapport limite qu'un sujet entretient avec son corps ? Il s'y traduirait alors une clinique extrême du dénudement, non pas tant d'abord du sujet mais d'un Autre censé contenir le sujet, lui supposer une intériorité, des émotions, un Autre censé présenter une vacance, une vacuité où l'être, le corps et la parole du sujet pourrait se loger. Ce serait l'Autre qui serait compact, bouché, sans manque où trouver de quoi loger son être de parole et de chair. Dénudement et compacité du social, donc. Cette compréhension indique une bascule dans notre raisonnement : nous ne restons pas figés sur l'application objectivante d'un trait nosologique, sorti on ne sait comment de son contexte, à une conduite. Nous tentons de reconsidérer les effets d'une ruine de la dimension politique dans la subjectivité. Le risque est alors de réifier le Cotard en une sériation de critères d'observations proposés aux intervenants sociaux et soignants. On retrouve là le paradoxe étouffant d'une grille d'observation style DSM, rehaussée du piment de la clinique et de l'alibi du social. La négation propre à ce dit Cotard social et qui exprime une chute brutale de l'investissement libidinal du corps, souvent replié sur un fonctionnement pulsionnel oral<sup>16</sup>, revient aussi et sans doute avant tout à signifier l'aspect compact et plein, éternellement figé de l'autre dont ce sujet se sent rejeté, exclu sans recours. Une situation massive de détresse primordiale, lorsqu'il n'y a plus d'Autre pour supporter une adresse, plus d'autre qui suppose un regard, une voix, une demande qui signifie et légitime l'être au monde du sujet coupé de tout.

---

<sup>15</sup> Ce qui est fort observable dans Ségla J. *Le délire des négations*, 1895, publié dans l'*Encyclopédie des aide-mémoire* sous la direction de M. Léante, Paris G. Masson . Est à lire tout autant, une des dernières thèses de médecine portant sur cet aspect « salvateur » pour le sujet mélancolique de l'élaboration d'un délire persécutif Lalane G . *Les persécutés mélancoliques*, Bordeaux, Imprimerie J. Dinand, rue Condillac, 20. 1897. Récemment O. Douville présenta une lecture historique de ces écrits portant sur l'inversion de la mélancolie en persécution : Douville, O. «Aperçus de travaux en cours : Remarques sur les mélancoliques persécutés » *Bulletin de Psychologie* ,Tome XLVIII n° 421, 1995 : 613-623

<sup>16</sup> Nauleau, G. et Quesemard -Zucca, S. « L'ivresse de la rue », *Psychologie Clinique*, 14, « Actualités des cliniques addictives » (sous la dir. de M.-M. Jacquet et J.-P. Descombeys), Paris, L'Harmattan, 2003 : 93-98.

La valeur de la critique de cette dénomination floue de Cotard social sera bien de nous éclairer non sur une possible psychose du dit exclu, mais sur les risques subjectifs que fait courir à toute personne sa mise en rapport avec un autre social opaque, le privant de sa réciprocité, de sa dette, des moyens langagiers de se signifier. Nous resserrons à partir de là notre questionnement. Que se produit-il comme effets subjectifs lorsque le politique crée dans le social des zones de vie et de liens où des sujets en masse ne sont plus affectés par autrui ? Nous remettons alors l'accent sur ce que la clinique de ce Cotard de nos rues indique de l'état actuel de la fabrique de masse des exclus. Nous osons, à partir de cela, établir un parallèle concernant les effets collectifs et subjectifs de l'oubli du politique qui massifie les exclus et pousse loin l'effacement de l'appropriation singulière du corps.

Au terme de cette critique nous posons que ce syndrome vaut par ce qu'il introduit à une philosophie clinique du corps c'est-à-dire une anthropologie clinique du corps, bien plus qu'en raison de sa valeur sémiologique *stricto sensu*. Continuons, alors à réagir à cette idée d'un Cotard social, sans l'enclorre dans une nosologie d'expert. Ce terme qui fut, nous l'avons dit, proposé dans des journées de formation n'est pas sans évoquer un livre qui fit date, dans lequel Patrick Declerck<sup>17</sup> relate des moments cliniques saisissants qui rendent compte de ce qu'entraîne un retrait psychique de l'espace corporel : obstruage des orifices, automutilations, indifférence à des morceaux de corps s'en allant pourrissant. Il insiste : ces patients ne sont pour lui ni schizophrènes, ni délirants, ni confusionnels. Comment comprendre de telles aberrations dans la façon dont le sujet traite son corps, sans immédiatement référer cet ensemble de fait à de la folie psychotique ? La nosologie automatiquement appliquée ne rend en rien compte des processus de destitution de l'investissement libidinal du corps qui se manifestent ici. Ni de la désintrication pulsionnelle qui se donne à voir. Une hypothèse pourrait être, que nous ne faisons ici qu'évoquer, suite aux recherches de Benno Rosenberg<sup>18</sup>. Elle proposerait que oubli du souci du corps –

---

<sup>17</sup> Declerck, P. *Les Naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, collection « Terre Humaine », 2001.

<sup>18</sup> Rosenberg, B. *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Paris PUF, Monographies de la Société de Psychanalyse, 1991.

que nous avons relié à un effacement du statut de sujet politique de ces grands exclus cassés psychiquement et physiquement – survient après l’abandon par le sujet de défenses psychiques qui permettait de maintenir une certaine excitabilité du corps et aussi un certain montage de l’altérité et de l’externalité, fût-ce par le biais d’un masochisme, gardien de la vie. Avertis alors de la nature trans-nosographique et processuelle de ces « cotardisations » des exclus, nous prenons en compte ces réflexions cliniques et ce qu’elles disent de la ruine du lien social et de l’oubli du politique qui rend compte de ces tableaux, afin de proposer des types de dispositifs d’accueil de ces personnes.

### **Propositions pour un dispositif : « les petites unités »**

La lutte contre cet effacement de la position subjective est rendue d’autant plus difficile qu’il apparaît clairement qu’une partie de cette population hautement marginalisée et vivant dans la plus grande exclusion ne sera jamais « ré »-insérée économiquement, au sens où elle ne retrouvera plus un travail qui leur apportera un salaire. Mais on peut vivre en société, en citoyen, sans travail. C’est cette lapalissade qui nous amène à penser qu’il est fondamental de construire des projets à long terme pour ces populations exclues du tissu et des échanges sociaux :

- 1) De nombreuses graduations existent au sein de ces processus de dépendance et de désengagement subjectif, et nous pensons, pour l’avoir constaté dans notre travail, qu’un certain nombre d’hommes, de femmes, s’ils étaient sollicités dans le cadre de projets de vie et d’avenir, auraient d’autres choix que l’enfoncement.
- 2) La situation actuelle d’engorgement des structures d’accueil, conçues initialement pour répondre à des situations d’urgence appelle obligatoirement à réfléchir et se donner les moyens nécessaires pour imaginer des structures adaptées pour court, moyen et long terme.

L’échange de réflexions, notamment à travers le travail de formation réalisé un peu partout en France par un des deux auteurs de cet article, auprès de personnels

travaillant en structures d'accueil de populations hautement marginalisées, l'a amené à imaginer des réponses à ces questions, sous formes de « petites unités » dont le caractère utopique aura au moins la vertu d'agir comme effet passager euphorisant. Ces petites unités de quartier regrouperaient au maximum une quinzaine de personnes hébergées. Disposées dans chaque arrondissement de Paris – et, au sein de l'arrondissement, dans plusieurs quartiers – ces petites unités seraient situées dans des espaces prévus à cet effet, comprenant local collectif, chambres, et lieux d'échanges ouverts sur le quartier tels qu'ateliers divers (ergothérapie, écriture, théâtre, bricolage). L'architecture de ces espaces devra être prise en compte, afin qu'espaces de soins, espaces intimes et espaces d'échange puissent coexister sans se superposer. Quatre ou cinq types de structures seraient définis, parmi ces petites unités de quartier, auxquelles correspondraient des modalités de fonctionnement et des projets différents. Un passage d'une structure à une autre serait possible.

Qu'est ce qui distinguerait une structure d'une autre ? Le minimum commun perceptible d'autonomisation possible ; il ne s'agit ni de critères psychiatriques, ni de critères sociaux à parts entières. Des liens suivis et constamment en questionnement sur leurs finalités seront à établir de manière méthodique avec structures sociales, sanitaires et psychiatriques locales : CMP, dispensaires, praticiens libéraux, assistantes sociales de mairie et de secteurs, associations culturelles, commerçants de quartier, etc.

Les unités ne seraient elles-mêmes pas régies de la même manière selon le type de population hébergée. Le personnel n'aurait pas tout à fait la même mission auprès des hébergés ; une formation continue et adaptée serait mise en place de manière active, et tout serait mis en œuvre pour que les échanges avec les partenaires, aussi bien municipaux, sociaux, médicaux et psychiatriques soient réels, visant avant tout à lutter contre le risque de chronicisation des structures elles-mêmes.

Les unités les plus lourdes ressembleraient, en plus petit, à ce que sont aujourd'hui les centres d'hébergement : rassemblant les personnes les plus cassée et dépendantes depuis de longues années, elles devraient être celles qui comporteraient le moins de pensionnaires. Essentiellement axées autour de la prise en compte des facteurs de

dépendance au niveau du corps et du langage, ces unités de soin auront comme objectif de tenter de redonner une perception des fonctions du corps comme Corps propre (au sens littéral et figuré) appartenant à la personne. Soins primaires, nursing, seront ici développés. Les capacités d'autorité et d'attention demandées au personnel sont à ce niveau maximales, et supposeront encadrement et supervisions, afin que les pulsions mortifères que ne manquent de produire ce travail puissent être élaborées. Ensuite viendraient les unités de quartier pour personnes certes très dépendantes, mais pour lesquelles une accroche semble possible avec le monde extérieur, que ce soit par un lien rendu possible avec les familles ou des tiers implicables, vis à vis desquels l'unité de quartier servirait de sas entre l'hébergé et le monde extérieur : conçus autour de la reconnaissance de la violence des traumatismes subis, mais non plus pour autant autour d'une seule position de victimologie, ces lieux viseront soins et nursing, mais aussi repositionnement vis à vis d'un devenir, même avec de toutes petites ambitions : participation à l'entretien des locaux, des menus, d'organisation de soirées. Le troisième degré, dans ces unités de quartier, parierait sur un degré supplémentaire d'autonomisation, avec un lien accentué au niveau d'échanges possibles de services rendus au niveau du quartier, tels que nettoyage des rues, entretien de jardins, animation de quartier en lien avec la Mairie ou des associations diverses de quartier.

Enfin, aux niveaux les plus élevés dans l'échelle d'autonomie, deux autres types d'unités de quartier permettraient d'imaginer un mode de vie plus axé sur une vie extérieure et un peu socialisée, permettant de se réappropriier plus activement qu'ils ne le font actuellement identité (et papiers), aides sociales et gestion de ces aides : les assistantes sociales auront ici un rôle majeur d'aide dans les premiers pas vers des démarches actives en lien avec les hébergés et non pas à leurs place. Dans l'unité la plus autonome, il s'agira d'aider ceux pour lesquels une démarche positive sociale a été réalisée – retour vers un travail, la famille, une vie en appartement – on suivra alors avec une attention particulière les moments décisifs de franchissement de seuil vers une vie normale : en effet ces moments sont très fortement anxiogènes et risquent d'annoncer un échec du projet longuement mis en place. Beaucoup de

personnes replongent dans la rue et l'assistanat chronique, alors que tout semblait indiquer une évolution heureuse, tant le retour vers la vie en société est chargé de peurs, pour ne pas dire de terreurs.

À cette utopie, on objectera le coût financier. Rien n'est moins sûr qu'il s'agit là de projets plus coûteux que ceux existants aujourd'hui. Quant au coût humain, du côté des intéressés, mais aussi du côté des travailleurs sociaux et des soignants et des citoyens-citoyens, il est fort à parier qu'il serait bien plus léger.

Retour, donc, à la case du politique en ce qu'elle peut être instruite par des données cliniques qui tiennent compte des positions subjectives liées aux états du lien social. L'oubli du politique et la réduction de la clinique à une nosologie descriptive et expéditive ont partie liée.