

LES PERSONNES DESAFFILIEES ET LES DIFFICULTES D'INSERTION.

Intervention du mercredi 5 décembre 2001 dans le cadre du séminaire du Docteur Houchang GUILYARDI « Praticiens du réel et du symbolique »

*Xavier EMMANUELLI **

Houchang GUILYARDI :

C'est toute une tradition, à la fois religieuse, politique, médicale, que de prendre en charge à travers le monde et l'histoire, un certain nombre de ces polytraumatisés, traversés de manière intense, abyssale, par des failles physiques, psychiques, sociales, familiales, des personnes qui se promènent dans un certain isolement, un certain dénuement. Nous pouvons les rencontrer dans les hôpitaux généraux et leur morbidité et leur mortalité sont intenses et précoces. Pour ce que nous en connaissons, beaucoup présentent des pathologies extrêmement lourdes, que nous situons au-delà des névroses, c'est-à-dire des histoires mélancoliques, schizophréniques. Peut-on se cantonner à ces deux pôles, je ne sais pas, en tout cas ce sont des ruptures lourdes, dont la prise en charge est difficile avec ses aléas, ses incidences politiques, économiques et donc techniques. Nous espérons que ces échanges nous permettront de trouver quelques clés, pour mieux rencontrer ces personnes que l'on ne fait parfois que croiser dans les circuits médicaux.

Xavier EMMANUELLI :

Je vous remercie de votre invitation... merci de m'avoir donné un cadre dans lequel je pourrai échanger avec vous. Il faut d'abord que je me présente parce qu'on n'est pas impunément au contact de personnes profondément désaffiliées ; il faut venir de loin, et dans ma vie, j'ai eu trois aventures prodigieuses. Je suis un anesthésiste-réanimateur, c'est-à-dire un urgentiste, et j'ai commencé ma vie professionnelle au moment où apparaissait le SAMU. Au même moment, j'ai eu la joie, le

privilege, de participer à la fondation de Médecins Sans Frontières où je suis resté vingt-trois ans. Je l'ai vu grandir et devenir de plus en plus crédible et efficace. Après, il y a eu cette expérience gouvernementale et la création du SAMU Social. Dans ma jeunesse, mes références étaient d'ordre politique. C'était l'époque des utopies, on pensait qu'une société pouvait profondément se réformer. Il y avait deux modèles, le modèle socialiste ou communiste, et le "non-modèle" occidental. Cela a donné l'utopie de l'homme nouveau, l'homme chaleureux. Avec la fin de l'Histoire, c'était la fin des luttes, des affrontements. Le paysage mental s'est peu à peu usé et l'humanitaire tel qu'on le voit maintenant est apparu. Il a été très vigoureux et aujourd'hui, nous vivons la continuité de ce modèle d'espérance comme universel, nouveau, chaleureux, et plus du tout confronté à une production, l'écrasement et l'exploitation. Mais le décryptage de notre société n'est plus seulement idéologique. Voilà le paysage mental dans lequel j'ai évolué. L'apparition du SAMU a été, je crois, la fin d'un certain système de santé : le médecin généraliste était traditionnellement au cœur de la représentation du médecin. Il était au centre de la problématique de santé et était immergé dans l'environnement des gens, dans la vie quotidienne. Puis s'est effectué un renversement complet : ce n'était plus le médecin qui était au centre de la problématique, mais l'hôpital, le soin et la réparation. Le SAMU a, en quelque sorte, concrétisé, cristallisé, cette transformation, il a été un modèle fondateur parce que c'était

*Dr Xavier Emmanuelli, Président Fondateur du SAMU Social de Paris, ex-Secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence.

l'hôpital, c'est-à-dire le centre technique qui se déplaçait en urgence auprès des victimes ; on n'attendait donc plus que les gens qui avaient un accident viennent par leurs propres moyens et de leur propre initiative vers l'hôpital. C'est l'hôpital, à l'occasion d'une crise ou d'un accident, qui se déplaçait, avec une formation de haute technicité. L'ambulance venait au contact et était une véritable pièce de réanimation, avec son plateau technique, des professionnels anesthésistes, réanimateurs et des infirmiers spécialisés. La victime se trouvait donc immédiatement au sein du circuit hospitalier, traitée, déchoquée. Ensuite, toute la ligne des soins apparaissait comme évidente puisqu'on avait commencé à traiter la victime sur les lieux mêmes de l'accident, ou de la crise. Cela nous a fait découvrir des pathologies que seuls les militaires connaissaient, des pathologies des premières minutes, des premières secondes tout comme un nouveau champ d'exploration, de nouveaux territoires. Il nous a fallu nous appuyer sur des pensées extrêmement rigoureuses, aussi bien au niveau de l'action, que techniques ou scientifiques... Si vous arriviez à temps et que vous saviez faire, le malade échappait à son destin ; si vous ne saviez pas faire, c'était la mort et donc l'échec, l'échec de votre intervention. On a donc découvert l'action et les niveaux d'action, c'est-à-dire présenter un plan, l'appliquer, l'exécuter sur un mode normalisé, selon des procédures d'approche, des automatismes rigoureux, voire même extraordinaires, dans un temps précipité, immédiat, sans délai. Une telle évolution a accéléré, je crois, les changements de perception des interventions médicales.

H. G : (...)

X. E : Comment ça a changé ? Vous me demandez une appréciation subjective?

Je crois que cette approche de la médecine a changé parce que la création du SAMU a précipité de plus en plus des représentations de l'organisme comme étant une machine qu'on peut réparer ; la santé est perçue comme une réparation, une restauration, par analogie aux objets de la vie quotidienne. Les objets peuvent être réparés ; un téléviseur peut être réparé. En

même temps s'installait une culture nouvelle, qui n'était plus une culture par les livres, pédagogique, mais au contraire, une représentation directe par l'image. La télévision est montée en même temps et a constitué une rupture de représentations. Autrement dit, on ne pouvait plus fantasmer sur les outils, les techniques, là on voyait. Il s'agissait d'images extrêmement puissantes, des catastrophes, des accidents. On voyait des gens qui savaient ce qu'ils avaient à faire, qui intervenaient correctement et qui sauvaient des vies. Je suis un fils de généraliste et je me suis demandé, par rapport à ma manière d'opérer à l'époque, quelle était la différence entre ce que faisait mon père et ce que je faisais moi. En réalité, il aurait agi en fonction de sa qualité de médecin : alors, la première des qualités du médecin était de faire un diagnostic, de donner des médicaments et de mener à la guérison. La deuxième, c'était d'être un médiateur familial, d'être au milieu des tensions familiales, des familles élargies, pas seulement les parents et les enfants, mais aussi les grands-parents, les belles-sœurs, les cousins... Il était un médiateur parce que, évidemment, au sein de conflits irrationnels et passionnels, il avait une autorité pour apaiser, une crédibilité. Il était un médiateur social. Non pas que le médecin avait un rôle politique, mais sa qualité et sa crédibilité lui permettaient d'avoir une autorité. La troisième fonction était l'accompagnement fraternel. Quand les gens étaient "au bout du rouleau", à l'agonie, il était à leur chevet alors même qu'il les avait connus et soignés. Son autorité de médecin lui donnait presque une dimension obscure, magique, de guérisseur ; il avait une influence sur le cours des destins. Il y a eu rupture quand le médecin n'a plus été admis dans la famille, ni dans la société, ni comme accompagnant. Il n'y avait plus le temps. Puis le temps s'est accéléré. On a vu des médecins très puissants représentés sur toutes les télévisions, dans un climat d'angoisse et de catastrophe. On a vu ces médecins devenir de plus en plus puissants, mais aussi techniques. Ils ont été extrêmement efficaces, mais cela a aussi signifié l'abandon des autres dimensions du rôle du médecin. C'est ça le malheur. Pendant que le public était dénié - on ne

pouvait plus lui raconter d'histoires, il était obligé de croire ce qu'il voyait - la partie rêvée, petit à petit, n'a plus eu de crédibilité. Je crois que l'irruption de l'image dans la vie quotidienne a été un événement extrêmement important qui a donné un miroir de la réalité, voire des bouts de miroir qui ne disent pas la réalité. Cela donne une culture où on ne comprend pas comment s'organise la série de causalités. On ne voit que ce qui est spectaculaire, soit très dramatique, soit très gratifiant. C'est à ce moment là que ma perception du monde a changé. L'humanitaire est arrivé, avec les enfants du SAMU, avec une rigueur de pensée, il s'agissait d'un humanitaire qui n'était pas du caritatif. Certains d'entre vous connaissent peut-être le mythe des années 50, le Dr Schweitzer ; un type en pleine brousse, totalement isolé, qui œuvrait contre les famines et les épidémies. C'était très exotique, très chaleureux, très dépassant... Maintenant, on a des grilles qui empêchent de comprendre la charité. Ce caritatif-là serait rejeté, on le dirait paternaliste, on le décoderait comme colonialisme, du côté des bonnes œuvres, c'est à dire des élans de cœur pataugeants, maladroits qui choisissent leurs objets et leurs causes.

Il y a une grande différence entre le caritatif et l'humanitaire. L'humanitaire est entré dans une société qui ne s'appuyait plus sur le concept du médecin intégré, immergé en son sein. L'humanitaire est venu quand on a eu des idées sur l'intervention de soins plus laïques, moins transcendantes, moins chaleureuses mais plus efficaces. Un des grands changements opérationnels est que, contrairement au caritatif, l'humanitaire a une exigence d'action que l'on peut repérer, qui est objective, répétable et efficace. L'expérience de Médecins Sans Frontières renvoyait à l'initiative de partir, d'être en équipe, d'intervenir sous le regard d'une équipe, dans l'adversité, expérience dont on sortait grandi, avec, forcément, une culture de vie tragique. Il n'y a pas une crise depuis ces vingt dernières années dans laquelle l'association n'ait pas été concernée ou impliquée. Et, comme Arthur Koestler le dit, il existe une connaissance de la vie tragique opposée à la vie triviale. La vie triviale renvoie

à la vie de tous les jours, avec le poids de l'existence ; la vie tragique, quant à elle, c'est les grandes ruptures, celles des guerres, elle pousse au dépassement de soi, à l'héroïsme. Quand on a le privilège d'évoluer dans la vie tragique, la vie triviale paraît moins pimentée.

La vie m'a conduit du SAMU à MSF, et on ne traverse pas impunément ces crises, ces souffrances sans être profondément changé, sans se poser la question du sens de la vie, de la mort, de la souffrance. J'ai été médecin à la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis pendant cinq ans. Là, j'y ai vu l'état de bannissement de la société. Notre société n'a pas inventé la prison bien sûr, elle a traversé les âges, mais j'ai vu ce qu'elle signifiait dans une société moderne. De proche en proche, j'ai été médecin à Nanterre. Nanterre, c'était l'endroit où l'on amenait les clochards qui étaient ramassés, raflés, dans la rue et dans le métro et qui étaient amenés non pas aux urgences de l'hôpital de Nanterre, mais dans un endroit fait spécifiquement pour eux. Et ce pourquoi ils étaient ramassés soulignait la continuité de représentation mentale. Ils étaient ramassés parce qu'ils étaient délinquants. Etre dans la rue en très grande exclusion constituait un délit, "délit de vagabondage" ou "délit de mendicité", les gens pouvaient être ramassés au juger parce que le droit le permettait. La loi, en quelque sorte d'hygiène sociale, remonte au 19ème siècle. Elle a disparu en 1993. Sous couvert d'aider les gens, on débarrassait les rues de ces étrangetés potentiellement dangereuses.

C'est précisément là l'échange de ce matin. Moi, qui avais baroudé comme médecin, j'ai vu, lorsque j'étais à Nanterre, des gens qui étaient dans un état somatique et psychique effrayant. Lorsqu'ils arrivaient, ils étaient évidemment débarrassés de leurs hardes, ils arrivaient contre leur gré. On les déshabillait, on les nettoyait sous la douche, une douche collective, les femmes d'un côté, les hommes de l'autre. Là, sous la douche, j'ai vu des corps extraordinairement maltraités, avec des ulcères géants qui allaient jusqu'à l'os, couverts de pus, des pansements oubliés depuis des mois, couverts de crasse, des vers. C'était à Nanterre en 1993, et j'étais fasciné par ce qui était le

stade ultime de l'abandon, sans médecins, sans soins. Évidemment, une telle situation était extrêmement agressive parce que la France avait le meilleur système de santé du monde, avec une couverture médicale universitaire, des dispensaires dans tous les coins, et ces gens avaient échappé à un regard médical. Il n'y a pas besoin d'être un grand psychiatre pour le voir, beaucoup étaient totalement fous. Et ce qui m'a stupéfié d'abord, c'est bien que très malmenés dans leur corps, il n'y avait pas de demande exprimée, ils ne se plaignaient pas. Je leur disais, venez dans mon bureau qu'on voit et ils venaient pour me faire plaisir, et je voyais des choses rebutantes. De toute façon, ils ne pouvaient pas aller aux urgences, les médecins de l'hôpital ne s'y intéressaient pas, parce qu'ils étaient d'un autre monde. Comme dans une noria d'enfer, à Nanterre on amenait ces gens pour les nettoyer, leur donner un repas, et après, leurs vêtements étuvés, on les remettait dans le car qui avait été lavé au Karcher, tellement il était répugnant et ils étaient à nouveau dans Paris. Personne ne se préoccupait de leur état de santé. Eux ne s'en préoccupaient pas non plus. J'étais peut-être audacieux, mais moi j'essayais de comprendre ce qui se passait et je demandais aux psychiatres, psychologues, pourquoi ils n'exprimaient pas de demande, de plainte, ils me donnaient des réponses d'apaisement : "oui, mais à force, le seuil de la douleur est augmenté, donc ils ne la sentent pas", mais ce n'est pas vrai ça, on sent toujours la douleur, heureusement d'ailleurs. Je pense qu'il s'agit plutôt d'autre chose : c'est que les gens, à partir du moment où ils sont en désintégration du moi, de leur environnement, à partir de ce moment là, comprennent qu'ils sont passés de l'autre côté du miroir, dans un autre monde. Ils ne pourront plus passer la porte d'un café, la porte du médecin généraliste, parce qu'ils savent très bien qu'ils ne sont pas tolérables. Oseraient-ils pousser la porte d'un cabinet de consultation, qu'en arrivant dans la salle d'attente, tout le monde se lèverait et partirait : "moi, mon médecin, c'est le médecin des clochards...". Ils savent très bien qu'ils ne sont pas les bienvenus ; ils savent très bien qu'ils ne peuvent pas rester dans le métro, dans les gares, parce qu'ils sont chassés par les

vigiles, il n'ont pas d'endroit légitime où s'arrêter pour souffler, il n'y a plus de pissotières dans les rues ! A terme, ils sentent très bien qu'ils sont en trop ; d'ailleurs dans le métro, et c'est un réflexe qu'on ne peut pas condamner, personne ne se met à côté d'un clochard, on évite même de jeter un regard, parce qu'on est gêné, et ils deviennent en quelque sorte illégitimes et invisibles.

Aussi, j'en ai tiré cet adage que pour être sain, pour être dans la dynamique de la vie, on ne peut exister que dans l'échange de regards avec les autres ; quand on n'existe pas aux yeux des autres, on finit par ne plus exister aux siens. On perd le désir de séduction, de narcissisme et d'échange, qui fait qu'on est debout, et qu'on a envie d'être avec les autres, il n'y a plus de raison de faire attention à son aspect, à son corps, ce n'est pas seulement une dépression, une dépréciation, ça devient une seconde nature, et là tout peut arriver. Ils comprennent aussi qu'il n'y a pas de plainte possible, parce qu'il n'y a pas d'autre. Ils présentent très souvent des maladies psychosomatiques ; c'est une expression du corps qui est en même temps un appel, un symptôme, pour dire aux autres "intéresse-toi à moi" ; il s'agit en quelque sorte d'une approche de séduction à l'envers, mais ils la garderont pour eux, parce qu'il n'y a pas de tribune. Nos institutions sanitaires et psychiatriques ont besoin de formater, il n'y a qu'à regarder les messages de santé qu'on donne : il faut prendre l'initiative de se faire soigner, de se faire vacciner, que sais-je, c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait une démarche, une compréhension du code de la santé. Eh bien, quand on n'a pas de corps, on n'a pas d'envie.

Je parle des plus grands exclus, mais je crois qu'à différents degrés, une telle approche concerne beaucoup de gens. Je crois qu'il existe un divorce inconscient entre l'institution mécaniste et normative, et ces gens qui restent potentiellement des Sujets. Il y a une indifférence de l'un pour l'autre ; et plus vous êtes dans l'exclusion, moins vous êtes le bienvenu. Aucun centre, aucun système ne le tolérera, il faut une surface minimum pour être accepté, admis, regardé. Il y a un très grand malentendu entre une institution qui veut vous formater pour pouvoir vous voir, et d'autres qui

n'en ont rien à foutre parce qu'ils savent que de toute façon, même s'ils le faisaient, ce serait un échec. Et leur vie est faite d'échecs explicites ou implicites, depuis l'échec familial, l'échec d'apprentissage, l'échec scolaire, l'échec de l'hébergement, l'échec du soin... et comme ils ne veulent pas se mettre en échec, ils ne vont pas vouloir, et c'est l'ultime échec. Au début il existe une revendication : pourquoi, je ne profiterais pas des structures de tout le monde. Mais après vient la compréhension, la dépréciation ; je ne peux pas en profiter parce que je suis tordu ; ce n'est pas dit comme ça, mais c'est la compréhension qu'on est un objet, un sous-produit, et avec le sentiment d'échec vient l'alcool.

- La première chose qui caractérise la grande exclusion, c'est la perte du code de soi, de la représentation du Sujet. On est "objectisé". On n'est pas un objet intéressant.

- La deuxième chose concerne le rapport au temps, ils sont dans "l'a-temps.". En effet l'une des caractéristiques majeures de l'exclusion, c'est la disparition du code du temps, on n'est pas dans le même temps. Donner un rendez-vous est problématique car ils n'ont pas de représentation du corps, ils ne connaissent pas le temps. On comprend donc qu'il n'y a aucune raison qu'ils investissent le futur, puisqu'ils n'ont pas la maîtrise de ce code là.

D'autre part, quand toute leur biographie est faite d'événements sans intérêt ou d'histoires de grandes ruptures "ma femme m'a quitté, j'ai perdu mes enfants, j'ai perdu mon boulot", qui reviennent de manière récurrente, ils inventent une espèce d'explication de la vie, ils se fabriquent des événements de causalité, alors qu'il n'y en a pas. Le passé est inexplorable parce qu'il ne peut y avoir mémorisation d'un endroit où il ne se passe rien. Quand hier n'est rien du tout, on sait qu'aujourd'hui va être nul aussi, et que demain sera pareil ; alors on n'est pas dans la flèche du temps. Ils ne peuvent pas inscrire leur temps d'individu dans le temps collectif, parce qu'il n'y a pas de temps. Perte des corps et perte du temps sont les deux clés, je crois.

- Évidemment, il y a la troisième chose, la perte des représentations symboliques, des

possibilités de secours : qu'est-ce que signifie "tes droits, tes pensions" ? Ils se transforment en victime passive de ce qui arrive. Après la phase de révolte, c'est la phase d'abandon : ils ont réalisé qu'ils étaient différents et ils n'en ont plus rien à cirer, ils sont en dérive face à des structures qui sont à la fois le mal qui les a mis là et le remède, puisque quand on les rencontre il faut les soigner. Ils sont à la merci de nos mouvements de cœur ou d'interrogation sur la société.

Or, on a dans la tête le syndrome que j'appelle le syndrome de Darty : on va réparer l'objet cassé, le remettre en état. Toutes nos démarches, explicitement ou implicitement, sont faites sur le principe de la réparation. Même les définitions de la santé sont des définitions totalitaires, "un état de complet bien-être", or, à ma connaissance, et avec l'expérience d'un vieux médecin, la santé d'un homme c'est la possibilité de se battre et d'avoir une interface avec son environnement affectif, symbolique, et social. On peut être bossu, boiteux tout ce qu'on veut, on est en bonne santé quand même, si on sait être un sujet dans la dynamique du corps et du temps. Pourtant, toutes les représentations du corps sont des représentations d'icônes glorieuses, s'inscrivant dans une espèce d'érotisation pour la consommation du désir : les enfants sont toujours splendides, les femmes toujours belles, les hommes toujours virils et puissants, les vieillards, vénérables patriarches. Ce sont les icônes de notre société ; on ne voit pas le corps du quotidien, la déchéance, la maladie, impossible à représenter parce qu'on ne désirerait pas ressembler à cette image et on ne désirerait donc pas consommer les objets. On n'est pas seulement atrophié, mais normatif, jamais il n'y a eu acceptation du statut biologique de toutes les créatures dans notre représentation mentale.

La grande exclusion, on dit que c'est une caricature, il existe des strates, et on ne veut pas voir que tout le monde est plus ou moins atteint par un tel phénomène. On demande aux gens d'avoir une image conforme, aussi le Revenu Minimum s'appelle le Revenu minimum d'Insertion, le CHRS, c'est-à-dire l'hébergement s'appelle Centre d'Hébergement

et de Réhabilitation ou de Réinsertion sociale ; c'est-à-dire que le contrat pour que je m'occupe de toi c'est que tu aies assez de dynamique pour te réparer par le travail, par un projet, et même la prison est une rédemption. Avant le 19ème siècle, la prison servait de châtement. Aujourd'hui, outre le châtement, la maison d'arrêt a pour objectif de tenir le prisonnier à disposition du juge d'instruction, mais aussi à préparer sa réinsertion. On demande maintenant, d'une façon non cadrée et floue, une réinsertion et une réparation.

Alors, à travers notre propre parcours, qu'est-ce qui pousse, qu'est-ce qui nous pousse, en dehors de la réparation, à vouloir s'intéresser à ces personnes désaffiliées ? La contemplation et la connaissance d'une souffrance qui ne se dit pas, - quand les gens ne savent pas qu'ils souffrent, ils ne savent pas le dire, ni même le formuler - et ça, pour un médecin qui a les yeux ouverts, c'est absolument intolérable. Ceci dit, il est coincé, parce que la situation relève du mythe de Sisyphe : vous faites des soins, ça redémarre ... mais on a oublié qu'on n'est pas des guérissants, on est des soignants. Quand on n'avait pas la puissance médicale, on donnait des soins d'accompagnement au nom de la transcendance. Ce n'était pas dit de cette façon mais soigner est une idée de l'homme comme projet de Dieu, la créature était le reflet de Dieu dont on s'approchait, c'était une démarche spirituelle. Ce contrat, on l'a perdu au cours des siècles, au cours des guerres il n'y a pas de contrat pour la transcendance, seulement un contrat pour la souffrance peut-être, et puis la bonne vieille charité (on dit "bénévoles"). Alors j'entends bien que les gens sont citoyens

mais qu'est-ce qu'être citoyen dans un contexte où les bornes du projet collectif ne sont pas claires ? Alors, on a raison de regarder avec scepticisme les mouvements qui nous font approcher des autres, des autres en très grande difficulté. Avec quelle finalité ? Leur rédemption ? ou la mienne ? Pour quel projet ? Pour quelle efficacité, sachant que les structures institutionnelles vont être étanches pour eux ? Vous n'arriverez jamais à faire hospitaliser quelqu'un à long terme, à le mettre dans un asile - il n'y a plus d'asile - à le mettre dans un centre d'hébergement, s'il n'y en a pas. On n'a pas d'autres ressources que de "normater". Ce qui est trop institutionnel n'est pas opératoire, il faut être aussi fluide, furtif, disponible, qu'ils le sont eux-mêmes.

Je vous ai parlé des grands exclus, mais je peux évoquer d'autres catégories de population, je pense notamment aux vieux qui se ratatinent hors du temps, chez eux, et qui n'ont plus de contacts, aux adolescents en errance qui n'ont pas de représentation mentale de la ville, des dispositifs, du temps... car si les contraintes économiques et le chômage n'arrangent rien, ce n'est certainement pas ça le problème, ce serait trop simple. La démarche collective de l'assistance, c'est le piège, car par rapport à la spoliation dont ces gens sont victimes, il n'y aura jamais assez de réparation ; c'est une espèce de revendication à la vie, à la société, qui va amoindrir la quête de l'aventure de la vie. Faute de représentation de soi-même comme Sujet, faute de représentations d'idéal, on ne peut avoir que des exclus et de plus en plus.