

## SOUFFRANCE ET PRECARITE : D'IMPOSSIBLES REPRESENTATIONS?

Thierry LESENEY, Infirmier psychiatrique, Equipe Mobile Santé Précarité

### PRESENTATION

Lorsque l'on m'a demandé d'intervenir sur le thème de : « souffrance et précarité », la première question qui m'est venue à l'esprit a été : mais de quoi parle-t-on ? C'est quoi cette souffrance ? Quelque chose me gênait et ne collait pas avec les personnes que je rencontrais et avec ma pratique. « Cette gêne » sera le fil conducteur de cette réflexion et de mes interrogations.

Ainsi, après avoir présenté mon « lieu d'émission » tant professionnel que personnel, j'interrogerai de manière - trop succincte - la notion de précarité et de « souffrance psychique » et leurs évolutions au cours de ces dernières décennies.

Ce qui m'amènera à poser cette question : mais de quelle souffrance parle-t-on? N'est-ce pas plutôt une douleur sans nom, sans mots, sans expression, sans cri, sans échange ?

Dans un dernier temps, et avant de conclure sur ces limites, je tenterai la présentation d'une pratique - qui s'est élaborée, et s'élabore encore, au quotidien depuis trois ans - pour l'accompagnement d'un retour à la parole, à l'écoute et à l'échange (d'un retour à la représentation de soi dans le monde) comme support de la réappropriation du sujet lui-même, préalable à la mise en œuvre d'une éventuelle demande ou revendication de soin.

### PREALABLE

La circulaire du 23 novembre 2005 définit le travail des équipes mobiles précarité psychiatrie.

Elles ont pour but de favoriser l'accès au soin « de droit commun » et la prise en charge dans la continuité, des publics en situation de précarité et d'exclusion présentant :

- soit des troubles psychiatriques sous-jacents, potentialisés par l'exclusion,
- soit des états de souffrance psychique découlant de la situation de précarité.

C'est cette notion de « souffrance psychique » que nous allons plus particulièrement interroger aujourd'hui, même si cette distinction reste

discutable.

La circulaire définit deux niveaux d'action :

- En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, d'une part : par la mise en place d'écoute individuelle, d'accompagnement vers les soins et pendant les soins.
- Et en direction des acteurs de première ligne d'autre part<sup>1</sup>.

Quelques mots clefs définissent une pratique à minima :

- Une fonction de tiers<sup>2</sup>,
- Un travail pré thérapeutique : qui se situe dans un en-deçà du soin (un ailleurs) qui ne doit se substituer aux soins. Il permet l'élaboration - d'un échange « égalitaire » avec la personne reçue - et la mise en mots : des maux, des difficultés, les impossibilités, les douleurs, les incompréhensions, les histoires, etc., sans que, dans un premier temps, il y ait une attente ou une obligation à transformer ces mots en demande.
- La non-demande : c'est la reconnaissance implicite d'un sujet dans son incapacité à faire une demande<sup>3</sup>.
- L'aller-vers : Il s'agit d'aller à la rencontre de ces personnes là où elles se trouvent, dans la rue, les foyers d'hébergements, les centres sociaux communaux et autres, les accueils de jour, à leur domicile<sup>4</sup>.

Ainsi, c'est avec cette feuille de route que depuis plus trois ans, sur l'agglomération Cherbourgeoise, je rencontre des personnes, des gens pour qui j'ai un profond respect, peut-être parce qu'avec eux j'ai entraperçu ce qu'il y a d'humain - et d'universel - en nous tous : cet étrange nécessite de l'autre.

Mais de quelle souffrance parle-t-on?

## 1 DE L'IMPOSTURE.

- <sup>1</sup> Ici il s'agit : d'actions de formation, d'actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs, du développement de pratiques coordonnées à partir de l'examen de situations cliniques ciblées. Du soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

<sup>2</sup> Ainsi l'infirmier sert de tiers aux travailleurs sociaux et aux bénévoles dans la compréhension des personnes et des situations rencontrées, mais comme nous le verrons plus loin cette fonction tierce - cette « tiercité » - peut s'étendre aux trois protagonistes de l'accompagnement : le tiers social, le soignant/écoutant, la personne en repli.

<sup>3</sup> Mais aussi la base d'une théorisation en terme de protection, de repli, d'évitement, de retrait progressif, face à une souffrance qualifiée de psychique et dont les signes principaux sont la honte, la perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir tel que l'a défini Jean MAISONDIEU. BODENEZ Pierre, « souffrance psychique et précarité », Forum santé précarité: quel parcours de vie? 7 oct 2004, Brest, disponible sur internet.

<sup>4</sup> Dans la pratique, cet aller-vers se fait toujours sur demande et par la médiation d'un tiers social - bénévole ou professionnel- qui se soucie de l'autre, et ce souci doit être entendu, énoncé clairement avec la personne. Les personnes acceptent l'intrusion du soignant/écoutant, non pas pour leurs propres maux, mais pour le lien de reconnaissance avec le tiers social. Nous y reviendrons.

Il y a une sorte imposture à vouloir parler de la souffrance des gens, et surtout de cette souffrance-là.

Sentiment d'imposture vis-à-vis des personnes que je rencontre et qui vivent au plus profond d'eux-mêmes une souffrance de vivre à chaque fois unique, insensée et donc impensable pour l'autre, « impartageable », et que l'on essaye de cantonner, de réduire sous le vocable de « précarité ». Comment puis-je parler de cette souffrance alors qu'elle n'a pas de mots ?

Imposture à vouloir parler d'eux sans eux.

Imposture peut être également à vouloir se représenter la souffrance de l'autre, de celui qui a accepté de venir parler, échanger, souvent pour faire plaisir à un tiers social qui lui exprimait son inquiétude.

Imposture encore à vouloir parler de ces personnes en terme de « souffrance psychique », alors que toutes leurs stratégies visent à s'en protéger comme d'un mal indéfini venant de l'extérieur, (ce qui est en partie vrai).

Sentiment d'imposture qui peut condamner au silence, rendre impossible la transmission d'une parole sans avoir l'impression de trahir, de travestir : l'imposture du témoin.

Imposture : au sens d'imposteur cette fois-ci, dans le double langage de l'accompagnement social et du soins, qui tend à enfermer dans la responsabilité individuel du sujet, l'objet de la souffrance.

*« On peut dire de l'imposteur, comme du déprimé, qu'il est bien l'homme d'aujourd'hui, mais dans sa version dynamique. ....à la triade inhibition-dépression-honte, l'imposteur oppose désir-angoisse-sentiment d'imposture »<sup>5</sup>.*

Mais alors, là où j'éprouve ce sentiment d'imposture vis-à-vis d'une autre personne avec qui je me sens en lien, en humanité, n'y-aurait-il pas reconnaissance de l'autre? N'y-aurait-il pas Empathie? Et si l'écoute empathique ne permet pas à cette souffrance de se communiquer, de se

---

<sup>5</sup> BELINDA Canonne - « le sentiment d'imposture », Calmann-lévy, 2005, P 92. Elle suggère, dans son essai, que ce sentiment caractérise notre époque. Hier on endossait un statut (chaudronnier) pour la vie. Aujourd'hui c'est une question de case, de place à laquelle on colle ou pas, on tient ou pas. Hors de la case, on regagne l'oubli. Elle définit à travers ce sentiment une souffrance cachée qui ne se montre pas, une tache, une incomplétude (pas une faute), une inadéquation inavouable, sentiment de ne pas coller à la case que l'on occupe, une chose dont on ne parle pas sans risque de disparaître, intériorisation de la compétition, peur de ne pas être à la hauteur, insécurité permanente, rien d'acquis, ni de solide. Cette insécurité se retrouve également dans la réflexion de Zygmunt Bauman - « Le présent liquide: peurs sociales et obsession sécuritaire », Seuil, 2007 - lorsqu'il affirme que, dans la société d'aujourd'hui, l'homme ne peut être que chasseur ou gibier (le chasseur qui s'arrête est un gibier potentiel). Le sentiment d'imposture renvoie à l'insécurité et à l'angoisse. Il traverse toutes les strates de sociétés d'aujourd'hui, et pour ceux qui n'arrive pas à tenir leur case, l'envahissement par ce sentiment les « gèle ». Ainsi le sentiment d'imposture serait le versant dynamique de l'homme d'aujourd'hui : le chasseur. Le précaire, homme gélé : le gibier.

partager avec l'autre, elle peut permettre de définir un espace « d'aspiration » à son expression, à sa mise en mots, en paroles ; et déjà le travail commence...

Ouvrir à un espace de mots, c'est ouvrir à un échange de représentations....

## 2 DE LA PRECARITE ET DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.

L'usage intempestif de ces mots-étendards : précarité, précaire, souffrance psychique, dans le langage courant les a transformés en mots génériques, aseptisés, qui permettent souvent de parler d'un même comme d'un autre. Sorte de « novlangue » qui étouffe une seconde fois. Mots qui, à force d'être répétés, tuent la parole. Comme si, à vouloir se représenter une chose, un fait, un phénomène psychique ou social, des hommes, se définissait un extérieur, un contraire<sup>6</sup>. Ainsi la notion de précarité peut ne plus servir qu'à définir son contraire, l'exclusion définissant en creux l'inclusion, comme le barbare définissait le citoyen dans la Grèce antique : traçant une frontière identitaire et empêchant de se représenter l'autre pour ce qu'il est avant tout, un même.

### 2.1 De la précarité.

Le concept de précarité est un concept à géométries variables qui a envahi tout le champ du psychosocial : aujourd'hui, la notion de « grande précarité » peut tout à la fois renvoyer à sa dimension sociale comme à sa dimension psychologique. On parle de : Précarité des jeunes, des travailleurs de nuits, des étudiants, des femmes, etc... A la fois expression d'une revendication sociale d'appartenance et d'un sentiment d'insécurité, ce concept est incontournable dans la représentation du malaise social généralisé, comme l'est également la notion vulgarisée de dépression, en tant qu'ils disent soit la peur, soit « l'impossibilité d'être soi » au regard des prescriptions sociales. . .

Cernons plus précisément cette notion.

*« dans notre société néolibérale et postmoderne, le contexte est celui de*

---

<sup>6</sup> EX: lorsque pour parler de la gestion au niveau départemental des personnes au RSA, on parle de stock, d'entrants, de sortants on objecte les situations humaines qui sont alors comptabilisées comme des choses.

*la précarité* »<sup>7</sup>.

Pour Jean FURTOS, la précarité est au fondement de l'homme, en ce qu'il est un animal grégaire, dépendant des autres pour sa survie. Mais n'est-ce pas cette dépendance à l'autre qui qualifie sa vraie nature : le sentiment de dépendance<sup>8</sup> de l'un par rapport au multiple, et non, une insécurité primordiale. N'est-ce pas dans cette dépendance que se construit l'autonomie? Ne faut-il pas être bien attaché pour se lancer dans la vie, attaché à des représentations partagées, à des gens, à une bonne représentation de soi dans son monde, à de la culture, ...?

La précarité<sup>9</sup> a donc à voir avec l'insécurité résultant de la possibilité ou non d'être toujours un sujet social dans un espace social donné.

Aujourd'hui on distingue la précarité sociale de la précarité psychique comme deux temps d'un processus.

La Précarité sociale, c'est la perte de sécurité dans l'accès et la permanence des objets sociaux, que sont le travail, le revenus, les soins, le logement, la famille, le couple, les amis, les représentations et valorisations positives de soi dans son monde ... Mais, c'est surtout ne plus être acteur dans l'acquisition des objets sociaux nécessaire à son existence et à celle des siens ; ne plus être dans l'échange (F de W/ARGENT/CONSOMMATION) qui fonde le lien humain moderne, mais être dans une relation de dépendance et de soumission telle qu'elle met en insécurité. Être écrasé dans une relation d'échange à sens unique, dans l'impossibilité de rendre et dans l'incertitude de recevoir. Comment accéder à une vie acceptable, lorsque toutes les définitions de soi ne sont plus qualifiées que par le manque et la dette? Lorsque toute manifestation de soi ne peut être que demande.

Ici encore, plus qu'une question de statut, c'est une question de place, de reconnaissance de sa place par l'autre, de droit à l'existence.

---

<sup>7</sup> FURTOS Jean, Souffrir sans disparaître, in « *La santé mentale en actes* », ERES 2005, P 16. Puis il ajoute que sur le plan psychologique, « il y a une précarité constitutive de la vulnérabilité de chaque être humain, qui rend compte du fait que personne ne peut rien seul », le lien social serait le résultat d'une précarité, d'une insécurité initiale et fondatrice.

<sup>8</sup> L'homme est de tous les mammifères celui qui a la plus longue période de maternage, puis d'éducation « sociale » (pratiquement un quart de son existence), et qui « cultive » le plus de liens sociaux dans le monde des humains et des non humains.

<sup>9</sup> La précarité se différencie de la pauvreté, en ce sens où cette dernière concerne essentiellement l'accès aux ressources matérielles nécessaire à sa survie dans un espace économique donné. La pauvreté renvoie à une échelle de mesure dans une société donnée. Comme la montrait Serge PAUGAN dans une étude comparative entre la France et l'Italie, pauvreté ne signifie pas précarité et exclusion, si les autres liens et objets sociaux sont préservés, famille, église, syndicats, accès au travail informel, réseaux anciens de solidarité, il n'y a pas processus de précarisation. « Les trois formes de la pauvreté en Europe », in *Sciences humaines*, février 2006. Wrésinski, dans un rapport de 87, définit la précarité comme: « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ». BODENEZ P, op. cit, p3.

- Cette précarisation sociale amène progressivement à l'exclusion<sup>10</sup>.  
C'est-à-dire, à l'incapacité de préserver sa place, à l'incapacité de répondre à la prescription sociale: d'être un individu libre, autonome, et épanoui.

*« Prétendre que l'on ne s'oriente pas selon une notion du bien me paraît irrecevable, [...] Mais cela révèle aussi que l'idéal sous-jacent et, de plus, invisible parce qu'il est le plus répandu, de tous les biens modernes, est une forme de liberté sans contrainte. »<sup>11</sup>*

Ce qui implique retrait social, dépréciation, et dépressivité.

- Sont associés des phénomènes de sur-exclusion : processus sociaux et bureaucratiques<sup>12</sup> qui concourt à faire de l'exclusion un enfermement, avec un vécu de honte, de culpabilité et d'impasse.
- Dernier stade du processus : l'auto exclusion, que l'on pourrait définir comme l'intégration de la prescription sociale à l'excès : libre parce que démuné et sans projection, autonome par ce qu'isolé et sans endroit où s'inscrire, épanoui parce que rétréci et anesthésié.

Pour arriver à ce dernier stade, il faut que la précarité sociale ait totalement envahi le sujet et se soit transformée en précarité psychique.

La précarité psychique, c'est l'insécurité sociale, vécue individuellement, intériorisée. C.A.D L'envahissement du sujet par la perte, par le sentiment de vulnérabilité, d'incomplétude, et d'insécurité. Sujet qui, au lieu de trouver réassurance dans le lien, entre en rupture et en non-demande voir en refus de l'aide.

*Résultat d'un triple perte de confiance : « perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence; perte de confiance en soi-même, en sa dignité d'exister; et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, avec atténuation des désirs, projets et rêves qui appelle lent à continuer à*

---

<sup>10</sup> Exclusion : -« rupture du lien social et difficulté d'accès à des droits sociaux élémentaires », pour Lenoir en 1974-« processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et avec les formes essentielles des modes de vie dominants dans une société donnée », pour Gros-Jean et Padiou en 95.- Castell en 95 utilise le terme de désaffiliation pour regrouper deux phénomènes : la désappartenance et la vulnérabilité sociale.-Paugam parle de « disqualification ». On peut parler aussi de désocialisation, d'acculturation, de désinsertion, ETC... Mais il faut penser « l'exclusion comme processus et mode de vie », sans enfermer le sujet dans une posture passive.

<sup>11</sup> TAYLOR Charles, **Les sources du moi, la formation de l'identité moderne**, seuil, la collection des idées, 1998, p 610.

<sup>12</sup> Il s'agit de processus qui accompagnent cette exclusion, et qui rendent plus difficile l'accès aux droits et objets sociaux valorisés, soins, travail, logement, etc... (*Essayer d'avoir un logement sur Cherbourg dans le parc social, lorsque vous êtes un homme seul, sans Travail, sans garantie autre que votre RSA, et que vous avez la mine un peu rouge*). Judiciarisation des droits minimums, Parcours d'insertion, bureaucratisation et procédurisation des accompagnements des sans emplois, sont pour beaucoup des labyrinthes interminables qui maintiennent loin d'une réalité d'inclus.

*transmettre* »<sup>13</sup>

Nous venons de décrire de manière trop succinctes deux réalités d'une même processus, mais elles renvoient également à **une évolution historique de la représentation au cours de ces quarante dernières qui va d'une responsabilité extérieure et sociale vers une souffrance psychique intérieure** ... Vers la question de la capacité d'un sujet à avoir une place dans la société, puis à la nécessité qu'il aurait à la justifier.

La pensée de l'homme sur lui-même n'est-elle pas envahie par ces représentations dominantes ? Lorsque Jean FURTOS, psychiatre, décentre son questionnement d'une clinique psycho-sociale vers la question du « vivre ensemble », il interroge ces représentations et leurs envahissements. Il interroge des notions qui ont à voir l'adéquation, la posture, la place, l'évaluation, l'appartenance etc...

Comment définir cette souffrance qui ne se donne à voir qu'en creux.

## 2.2 De la souffrance psychique.

Lorsque la précarité sociale se transforme en précarité psychique. **La Souffrance réactionnelle liée au contexte social se transforme en « souffrance psychique »**. La « dépressivité » se chronicise, s'enkyste : c.-à-d. que cette capacité qu'a le sujet au retrait, au repli lorsqu'il affronte des épreuves, s'installe, se cristallise en une vie à minima, faite d'oubli de soi plus ou moins prononcé, allant jusqu'à des conduites paradoxales faites de violence, de troubles du caractère : autant de manière de ne pas être aimable, et de permettre d'éviter la souffrance du retour des émotions et des ruptures.

Interrogeons cette notion de « Souffrance Psychique ».

## 2.3 Quelques définitions.

Souffrance Psychique : « *Souffrance profonde à l'origine d'un trouble mental* ». <sup>14</sup>

« *sensation diffuse de mal être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être spectateur de quelque chose qui n'est pas sa propre existence* ». <sup>15</sup>

Ici encore, il y a autant de définitions que de contextes psychosociaux : souffrance psychique des malades psychotiques, au travail, des

<sup>13</sup> FURTOS Jean, IBID, 2005, P16.

<sup>14</sup> Psychologie.com, site internet.

<sup>15</sup> D Anzieu.

malentendants, des familles de etc..; Mais toutes ces définitions transforment cette notion de souffrance en fait individuel, à traiter. De plus, elle fait référence soit à la pathologie mentale, soit au trouble individuel.

« Quand est-il de la souffrance<sup>16</sup> qui fait vivre », qui se traite socialement, dans le lien et dans l'appartenance à... ?

Ces dernières années, cette notion de souffrance psychique a été de plus en plus utilisée pour décrire des situations de précarité et d'exclusion sous la forme d'un diagnostic psychoaffectif individualisé plus ou moins élaboré.

Le rapport Parquet de septembre 2003<sup>17</sup>, par exemple, liste les symptômes en terme d'incapacité, de pertes, de manques, nous ne sommes pas très loin d'une notion de handicap social:

« *Perte diversifiée de la palette des conduites adaptatives :*

- *incapacité à se projeter dans l'avenir,*

- *incapacité à utiliser les compétences antérieurement acquises,*

- *inscription dans le temps de l'instant,*

- *incapacité d'utiliser les liens sociaux antérieurement construits,*

- *incapacité de nouer de nouvelles relations affectives et sociales stables*

*et diversifiées,*

*Solitude affective, sociale et relationnelle,*

- *Perte de la notion d'interdépendance avec les personnes et les groupes comme par exemple la famille,*

- *perte de l'initiative relationnelle,*

- *incapacité à imaginer les demandes d'aide nécessaires par incapacité à ressentir les besoins sanitaires et sociaux,*

- *incapacité à imaginer que la situation puisse changer à partir d'aides extérieures vu la désactivation des compétences antérieurement acquises : inéductibilité,*

- *disparition des capacités d'initiative, réduction aux seules réponses à la proposition immédiate,*

*Négligence des besoins :*

- *incapacité à imaginer les aides possibles, à les recevoir et à les estimer comme satisfaisantes, incapacité à les croire efficaces,*

- *conduite d'évitement, de repli, de passivité,*

- *baisse de l'estime de soi et de se croire d'agir sur son propre destin,*

- *conduites addictives de compensation,*

- *troubles dépressifs,*

- *déni de souffrance.*

---

<sup>16</sup> Chez J.FURTOS, la souffrance et la souffrance psychique se confondent, c'est juste une question de degrés, mais qui a un certain « degrés » inverse la « dynamique » psychique: de dynamisante elle devient « gélifiante ».

<sup>17</sup> BODENEZ Pierre, Ibid, P6.



Par ailleurs, chez Jean MAISONDIEU, comme chez Jean FURTOS, On parlera plutôt de réaction pathogène à une situation pathologique. Ainsi, les phobies sociales, les symptômes dépressiformes - et autres - sont à percevoir comme des réponses et des adaptations à des vécu de honte et/ou de culpabilité, de rejet, d'exclusion, entraînant dans sa « chronicisation » :

- un développement de la désespérance<sup>18</sup>
- de l'inhibition affective et cognitive,
- un écrasement du temps dans un présent perpétuel (Résultant du renouvellement constant de ce qui fait trauma dans le quotidien, pour René ROUSSILLON)<sup>19</sup>.

*« Lorsque la « tache » marque le sujet, celui-ci est envahi, la seule solution pour faire disparaître la « tache » est de disparaître avec elle. »<sup>20</sup>*

Jean FURTOS développe l'idée d'un processus de disparition qui va de l'installation dans une vie à minima, en passant par une phase quasi-dépressive d'intériorisation de la précarité sociale généralisée - avec honte, culpabilité, insécurité, mésestime de soi - jusqu'au syndrome d'auto exclusion : où la personne se coupe d'elle-même se clive progressivement pour ne pas affronter cette douleur. *Il en décrit neuf signes cardinaux :*

- 1 - inhibition de la pensée et des émotions,
- 2 - anesthésie partielle du corps, ni hystérique, ni carencielle, (clivage),
- 3 - troubles de comportement avec violence, suite à des alcoolisations ou des rapprochements trop confiants avec autrui : le retour du clivé.
- 4 - rupture active avec la famille et avec les proches, errances et/ou invisibilité au logement.
- 5 - diminution ou abolition de la honte humanisant, : « La honte humanisante signe le partage d'un idéal, de valeurs communes ».
- 6 - incurie ou absence de souci de soi: « l'incurie est une pathologie de la disparition qui peut aller jusqu'à la mort: ce n'est pas du suicide, mais de l'abandon de soi-même ».
- 7 - diminution et incapacité à faire une demande. (Pose parfois la question du soins contraint).
- 8 - la paradoxalité ou le monde à l'envers, processus de protection visant à faire vide autour, (ex : l'homme à la hache, ou, plus on s'en occupe plus ils vont mal, cela a aussi à voir avec le retour progressif du sensible);
- 9 - La mort prématurée.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Dont on prend toujours bien soin de la distinguer de la dépression, peut être parce que la représentation commune de la dépression est une revendication d'inclus?

<sup>19</sup> ROUSSILLON René, « Agonie, clivage et symbolisation », coll. le fait psychanalytique, paris, PUF, 1999.

<sup>20</sup> BODENEZ Pierre, op. cit, P7.

<sup>21</sup> FURTOS Jean, ibid., P21 à 24.

Dans sa réflexion, Jean FURTOS fait à plusieurs reprises références aux travaux de René Roussillon sur la survivance psychique après des situations de traumatisme, pour rendre compte de cette **souffrance sans nom** : « *dans un désespoir absolu qui ne se dit même plus avec des mots, la souffrance devient stupeur impersonnelle et indolore, il n'y a plus rien contre quoi lutter, plus rien à surmonter, plus d'expériences..... c'est pourquoi, « grâce » aux mécanismes de défenses paradoxales, toute possibilité de plainte, de demande, de témoignage et même de révolte est suspendue.* »<sup>22</sup>

Mais ces souffrances ont bien du mal à être reconnue dans le champ du soins comme de « vrais troubles mentaux » et sont - bien souvent - renvoyées pour ce fait à leurs déterminants sociaux. la prise en charge varie en fonction des praticiens. C'est un peu comme renvoyer un homme souffrant d'un syndrome post-traumatique à la compagnie aérienne propriétaire de l'appareil, ou aux protagonistes de l'état de guerre.

Juste pour dire qu'ici encore, tant du point de vue du social que du soin, il y a une difficulté à se représenter ces situations et ces souffrances associées, à les reconnaître, à les nommer.

Dans son étude sur le « suicide » Emile Durkheim relate un fait troublant : « *Nous n'avons découvert aucun rapport immédiat et régulier entre la neurasthénie et le taux social des suicides. Il arrive même que ces deux faits varient en raison inverse l'un de l'autre et que l'un est à son minimum au même moment et dans les mêmes lieux où l'autre est à son apogée.* »<sup>23</sup>

Et si le fait de pouvoir se représenter une souffrance, et dans une souffrance, de pouvoir la nommer, d'y être reconnu souffrant avait une influence sur le « pouvoir vivre »?

Et si la souffrance psychique naissait de son impossible représentation, tant pour les institutions que pour le sujet lui-même. N'arrivant pas à trouver de mots (ni de place), elle resterait en Souffrance.

#### 2.4 D'une souffrance en creux vers un vide agonistique.

Alors comment qualifier cette souffrance ?

Si comme le dit René Roussillon « *Souffrance désigne un affect qui possède un sens* »<sup>24</sup>, comment qualifier ce repli psychique, cette douleur propre

---

<sup>22</sup> FURTOS Jean, op. cit., P30.

<sup>23</sup> DURKHEIM Emile, « Le suicide », Coll. Quadrige, PUF 1930/1983, P335.

<sup>24</sup> ROUSSILLON René, « les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », in « La santé mentale en actes » ouvrage collectif sous la direction de Jean

au vécu précaire ? Peut-on encore parler de souffrance ?

Comment s'exprime cette douleur ?

Elle s'exprime de manière paradoxale, en creux, en absence, en vide, par son manque d'expression, par sa pauvreté, par la disparition derrière les troubles des conduites, les addictions, les troubles anxieux - rarement perçue comme tout à fait dépressive, jamais tout à fait phobique, mytho maniaque mais jamais tout à fait délirante : toujours quelque chose en moins!

Pas ou peu de plaintes, ni de revendications, ou alors si il y en a, c'est sur un mode victimaire ou persécuté totalement inaccessible, fait pour maintenir à distance l'autre.

On observe plutôt une vie à minima, avec plus ou moins de repli ou de rétrécissement psychique, des somatisations, des évitements, l'absence de demande, des ruptures, de l'isolement social avec de l'impossibilité à mobiliser le lien, voir de grand effondrement agonistique avec plus ou moins d'incurie.

Le vécu d'incertitude et d'insécurité désorganise. Favorise la perte des repères, la perte des obligations, la perte de soi également. Le sentiment d'impasse contribue à donner l'impression d'une situation insensée. Et à l'impossible projection est répondu l'atemporalité.

Ceci nous amène à penser les ruptures et les replis autrement que comme des refus, des provocations, des incapacités ou des manques, mais comme des actes dynamiques de protection, actes visant à aménager au mieux son existence en contenant la douleur morale de l'impossibilité à être sujet, à appartenir au monde. C'est de cette « étrange nécessité de l'Autre » que l'on se protège car elle est douloureuse. Tout évoque ici la forteresse assiégée : ce n'est pas une posture passive du sujet, mais une posture dynamique d'abandon de soi pour survivre.

Les refuges dans les non-espaces de la précarité dans l'anomique (errance, squat, rue, isolement au domicile), hors des lieux du social, ont pour but de fuir cette douleur.

*« C'est de soi dont on se coupe, et c'est le paradoxe, se couper de soi pour survivre, ne plus se sentir pour ne succomber à ce que l'on sentirai de soi, se retirer de soi, de l'affectation de soi, se tuer pour survivre .»<sup>25</sup>*

### 3 Alors comment dire, écouter, montrer cette douleur?

---

FURTOS et de Christian LAVAL, ERES, 2005, P 224.

<sup>25</sup> ROUSSILLON René, op. cit., 2005, P226.

### 3.1 Comment cette douleur se traduit-elle dans le langage?

On observe généralement:

- un appauvrissement du langage, une absence d'élaboration, des idées récurrentes parfois en boucle en décalage avec la réalité. Par ex : La référence systématique a des décès ou des maladies de proches, des accidents, etc. pour expliquer les impossibilités, les absences, les disparitions d'un moment.

- Une difficulté ou impossibilité à parler de soi (d'où: les malheurs des autres, les problèmes et les administrations etc.).

- Le discours peut être +ou - figé, glacé, parfois inexpressif tout en étant dynamique, comme ci ce qui se passait ne concernait pas le sujet, ou à l'inverse, très sensitif.

- On se situe dans un présent permanent, les projections sont atemporelles : « je passerai demain, à l'accueil de jour, j'irai voir le médecin ». Mais il n'y a jamais de lendemain, c'est inaccessible, et si le lendemain la personne est là, c'est le plus souvent du fait du hasard. (Parfois l'incapacité de projection est atteinte au bout quelque minutes).

- Difficulté à se remémorer et à se reconstruire une histoire et une chronologie. Les bouts de mémoire sont également en errance.

Lorsque cette douleur s'exprime dans le langage, elle le fait :

- sur les lieux d'accompagnement social, rarement ou jamais sur les lieux de soins ( mais peut être n'y est-elle pas attendue ou perçue comme telle?), ou encore,

- dans un rapprochement trop confiant avec un tiers,

- avec les alcoolisations,

- ou lorsqu'il y a intrusion de la réalité dans la forteresse. Alors les mots disent l'angoisse, l'envahissement par la terreur, le désir de protection et de réassurances, mais le plus souvent ce sont des paroles violentes, de rejet, d'agressivité, et donc, de rupture et d'éloignement du lien.

### 3.2 La non-demande et la rupture.

Chaque situation de rencontre avec l'autre est potentiellement intrusive. La rupture et la non-demande sont des protections face à ce vécu.

La non-demande exprime avant tout un manque et une absence : Absence de tiers ayant eu et ayant intérêt, et l'incapacité à s'appuyer sur un attachement solide de référence passé ou présent pour solliciter l'existence et l'existant.

La rupture en découle, elle interroge la solidité des attachements substitutifs. Elle ne peut être combattue que par la constitution de liens confiants instaurés au départ par des tiers sociaux solides.

Nécessité de reconstruire des espaces d'appartenance durable. (Ce qui

impose de résister à l'usure et au sentiment d'inefficacité).

Pour Paraphraser Declercq : pour éviter les ruptures, il faut prendre les personnes pour ce qu'elles sont et non pas pour ce que nous voudrions qu'elles soient.

La rupture interroge le plus souvent la qualité et la validité du lien, non pas sa nature.

Contrairement aux représentations dominantes, pour être autonome et libre; il faut être bien attaché, il faut une appartenance familiale et sociale, concrète et/ou symbolique.

Rappelons :30% des gens en errance ont une enfance institutionnelle contre 2% pour cent dans la moyenne globale de la population.

## 4. Une pratique se dessine.

### 4.1 Ceci Détermine quelques principes d'accompagnement

- Consolider le lien pour faire tomber l'isolement psychique.
  - Ne pas répondre trop vite à une demande écran ( qui peut être une forme de rupture).
  - Prendre le temps de l'écoute et de l'observation, c'est déjà valoriser la personne.
  - Accepter et avouer son impuissance (c'est partager souvent une réalité, et aider à sortir du sentiment d'isolement).
  - Penser en terme d'accompagnement plutôt qu'en terme d'orientation. CAD en soutien, et non en supposé savoir.
  - Prendre le temps pour l'émergence et la réappropriation du sujet par lui-même. (Il m'est arrivé à plusieurs reprises qu'une personne qui ne faisait plus de démarche pour elle, arrive à un entretien, au bout de plusieurs rencontres en me disant : « je suis allé voir le médecin, il m'a donné un TTT pour ceci ou cela »).
  - Ne jamais précipiter, devancer ou porter trop vite une demande.
- Au total:** Privilégier le retour à un lien confiant à l'illusion de l'efficacité immédiate. Passer du tiers manquant au tiers aidant. Mais ceci nécessite du temps et de la disponibilité.

*Pour J. furto, dans le cas des souffrances liées à une composante sociale « prescrire un antidépresseur ou envisager une psychothérapie traditionnelle est totalement inutile. L'accompagnement est de loin la solution à privilégier. Celui-ci peut être le moyen d'aider la personne, mais aussi, et peut être surtout, de prévenir un désespoir plus grand qui peut conduire à des*

*formes aliénations et d'auto exclusions. »<sup>26</sup>*

#### 4.2 Les conditions de l'écoute.

La mise en place d'une écoute ne peut se faire qu'en référence à un extérieur auquel le sujet est attaché : le tiers social (souvent AS, professionnel du social, ou bénévoles).

La pratique se fonde sur deux conditions fondamentales :

- la demande est portée par un tiers social.
- L'accompagnement social se poursuit pendant l'accompagnement par l'équipe mobile (l'un étayant l'autre).

Cela permet d'être et de rester en situation de tiers aidant:

1. - Par rapport au tiers social: C'est-à-dire, par rapport à celui qui oblige par son souci, qui porte intérêt, qui rappelle l'appartenance. Il est le porteur de la douleur psychique souvent déniée.

2. - Par rapport au contexte social : faits ou comportements, difficulté, problème de santé. C'est-à-dire à l'objet d'inquiétude, ceci permet de réintroduire à minima un contact avec cette réalité sociale et quotidienne dans laquelle le sujet peut peu à peu, à nouveau tenter de se projeter.

3. - Par rapport à la personne enfin, qui pourra tenter de se saisir de ces difficultés.

Il faut savoir qu'une personne ne vient que très rarement rencontrer un Psy. pour ses difficultés ou ses troubles, mais pour le lien confiant avec son tiers social, pour lui faire plaisir. C'est en son nom que l'on se retrouve face à face - **sous sa protection**. Cela fait tiers, on peut commencer à reconstruire de la représentation, à nommer.

A trois, c'est le début d'un « faire société » (et l'on peut faire tiers à plus de trois): c'est reconstruire à minima un espace d'appartenance, échanger, partager des « liens et valeurs ».

Faire corps social; c'est réintroduire le « portage social » et sa dimension « obligeante », « contenante », « étayante » et rassurante.

Il est également important que ce « faire société » s'entretienne dans le temps par des échanges réguliers à trois - ou plus - rappelant le souci partagé.

#### 4.3 De la première rencontre

Deux contraintes:

1. Il faut lutter contre la crainte du jugement d'autrui et du regard de l'autre, contre un vécu de dévalorisation : pour la personne reçue rencontrer l'autre, c'est se mettre en danger, c'est parfois une intrusion.

2. Il faut lutter également contre la peur de la psychiatrie et des personnes qui y travaillent.

---

<sup>26</sup> FURTOS Jean, « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle », Millénaire 3, fiche interview 2006, le centre ressource prospectives de Lyon, internet.

Ce qui implique qu'il faut désactiver ces craintes :

- Trouver un espace neutre,
- « L'aller vers » suppose d'aller hors des institutions: domicile, Assos, etc... Là où les premières rencontres se font toujours avec le tiers social : « C'est en son nom que l'accompagnement démarre »,
- Rappeler les principes de l'action (dès que cela est possible). Rien n'est fait sans l'accord de la personne, c'est un cheminement à construire ensemble : définir le « portage », le rythme, etc. Rappeler la confidentialité.
- Créer les conditions d'un investissement futur dans l'accompagnement : un lieu, la fréquence, l'accroche par le souci partagé, l'engagement réciproque (négocier la possibilité « d'aller à la pêche » si la personne ne donne pas de nouvelles, c'est-à-dire, s'entendre ensemble sur le moyen de renouer le contact si il y a rupture).
- Donner la possibilité d'y être reconnu.

*« Si une personne refuse de nous rencontrer ou nous fuit après une première rencontre, commençons par nous demander pourquoi? plutôt que d'invoquer sa pathologie ou ses préjugés. De toute façon, quelques soient l'une ou l'autre, c'est à nous de trouver la solution au problème - pas à elle ».*<sup>27</sup>

#### 4.4 Les objectifs de la remise en mots

L'objectif principal de cette démarche est le retour à la fonction représentative du langage : Se représenter, dire « je ».

*Définition du Larousse.*

*Représenter : Faire apparaître de manière concrète l'image d'une chose abstraite,..... Figurer par la peinture, la gravure, le récit, etc...*

*Se représenter : Se figurer; imaginer...Se présenter de nouveau.*

Se figurer, reprendre forme à ses yeux et aux yeux des autres.

Être au monde. Réintroduire le « sens commun » dirait Anna Arendt.

Car si l'on en croit Noam CHOMSKY, linguiste et philosophe, la fonction première du langage n'est pas la communication, mais le maniement de la pensée, (gestion des représentations et planification de l'action).

*« Dire que le langage est fait pour communiquer, est aussi absurde que*

---

<sup>27</sup>SASSOLAS Marcel, « soins psychique et précarité »,CAIRN INFO, sur internet, p139 .

*dire que l'œil humain est fait pour regarder la télévision ».*<sup>28</sup>

- Le soins n'est jamais le premier objectif, et même si il apparaît nécessaire, la priorité est la constitution d'un lien confiant.

- Le soins n'est parfois qu'un outil pour contenir la réapparition de la « souffrance psychique » lors de la remise en mots.

Il s'agit donc de réinstaurer une écoute qui oblige, autorise et « miroite », permettant à l'autre de se projeter - non pas dans ces lourdes douleurs sans noms - mais dans son quotidien puis/et dans son histoire.

### **Ecouter c'est donner la parole.**

Il m'arrive souvent de dire aux personnes que je reçois que je ne peux rien pour eux - ce qui est vrai - mais que je peux les recevoir pour échanger avec eux sur leurs difficultés, les écouter, leur dire mon point de vue, etc... Aujourd'hui, c'est cette posture d'impuissance associé à un réel souci du tiers social qui me semble avoir donné les meilleurs résultats et aussi les plus surprenants. Il est important de se laisser surprendre dans ce travail d'écoute.

### **Le portage de la parole**

Mais avant l'écoute, il y a parfois un temps où les rencontres se conjuguent en parler pour l'autre. Parler des difficultés, mais aussi des habitudes ETC... Un portage de la parole du sujet pour le sujet lui-même: C'est ici proposer une aide au retour progressif à la représentabilité par la formulation et la reformulation en mots pour dire les douleurs indicibles. Ouvrir une place, une case où cette douleur puisse s'exprimer souffrante.

Il faut donc penser l'inaction et la « passivité » comme étant le premier pas de l'action. **Se dire, c'est déjà faire.**

Au fil des rencontres, il faut **réintroduire de la temporalité** en mettant en perspective le temps écoulé et la valorisation du cheminement - en négatif comme en positif. Cette valorisation de la temporalité (du temps écoulé) permet de relativiser le sentiment de présent permanent et d'enfermement.

### Au total.

Le travail d'accompagnement vers les soins passe donc par la réappropriation de la demande par le sujet lui-même, et pour lui-même.

La reprise de la plainte étant à percevoir comme le retour du sujet social et de la souffrance, c'est-à-dire à la capacité d'émettre:

- une revendication,
- une demande,
- une souffrance,
- une existence sociale,

Vers la capacité d'un choix ou d'un refus de soins.

---

<sup>28</sup> CHOMSKY Noam, Interview dans « Science Humaine », Aout-septembre 2010, P64.



## 5 Pour conclure.

Les limites et les enjeux de cette démarche sont de trois niveaux, que nous ne développerons pas ici. Mais nous insisterons davantage sur ceux propre à l'espace social.

### **Propre au sujet :**

- A son mode de vie et à son accessibilité. (Logement privé, squat, errance plus ou immobile.)
- A la durée de son errance ou de son retrait.
- A son histoire et à la qualité de ses « attachements » premiers.
- A ses pathologies associées.

### **Propre à son environnement immédiat et à l'accompagnement.** Par ex:

- Existence ou non de tiers sociaux (familiaux, bénévoles ou professionnels).
- La tolérance et la reconnaissance ou non par cet environnement.

Dans l'accompagnement, il y a une limite qui parfois s'impose et qu'il est fondamental de respecter sous peine d'être beaucoup plus nuisible qu'aidant : les symptômes et le mode de vie deviennent souvent des supports identitaires par défaut, et parfois il n'y a rien à mettre à la place du vide que provoquerait leurs suppressions, rien à proposer comme appartenance, comme activité, comme projet rassurant, comme résidence. Il faut pouvoir l'accepter.

### **Limites et enjeux propre à l'espace social global :**

- Cette démarche interroge la capacité des structures de vie et de soins à prendre le relais, et à faire lien. A reconnaître cette douleur et les fragilités particulières qui y sont associées autrement qu'en terme d'inadéquation. A fournir le temps nécessaire à la restauration.
- Elle implique la nécessité de produire des espaces d'appartenance et de permanence tant dans l'activité sociale que dans l'hébergement qui tiennent compte des spécificités humaines et de ces douleurs quasi traumatiques que sont la dés-appartenance, la désaffiliation, l'acculturation, le déracinement, la désolation<sup>29</sup>.
- Je conclurai en disant que l'enjeu principal est, aujourd'hui, de pouvoir penser ces douleurs - y compris comme impensables et incommunicables hors de l'expérience - et d'interroger le « vivre ensemble » sans se laisser envahir par les deux tentations qui nous guettent que sont la pénalisation et

---

<sup>29</sup>Désolation: « *expérience absolue de non-appartenance au monde.....est étroitement liée au déracinement et à la superfluidité qui ont constitué la malédiction des masses modernes depuis le commencement de la révolution industrielle....* » *perte du lien avec le sens commun ... « la solitude devient désolation: cela se produit lorsque, tout à moi-même, mon propre moi m'abandonne* » ARENDT Anna, « *Les origines du totalitarisme* », Gallimard, coll. Quarto, 2002, P 834 835.

## la pathologisation de l'insécurité sociale et psychique.

*« On ne peut guérir une maladie psychique [.....] tant que le milieu socio culturel où se déroule la cure, tout en s'affirmant désireux de vaincre, favorise indirectement la formation et le développement de ses principaux symptômes ».*

*Georges Devereux<sup>30</sup>.*

---

<sup>30</sup> DEVEREUX Georges, Essais d'ethnopsychiatrie générale, Gallimard coll. Tel, 1977.