

Bulletin national santé mentale et précarité

La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain

édito

Antoine LAZARUS

Bien avant que les professionnels du social et du psy ne soient saisis à leur tour par l'évidence de ce que nous nommons désormais la souffrance, d'autres en parlaient. Les proches, les prêtres, leur interprétation aidant à la résignation, à l'intégration de ce qui fait mal dans l'acceptation consciente de ce qui est humain. Les églises chrétiennes donnaient sens à la souffrance, communion parfois teintée d'un trouble idéal avec les souffrances et l'agonie rédemptrice, offertes pour sauver les hommes par le Christ sur la croix. Les confesseurs, les prédicateurs pouvaient aussi en faire une sorte « d'investissement sur l'au-delà » Souffrir dans sa vie terrestre (maladies, deuils, injustices), et être récompensé après sa mort. Les artistes la montraient aussi : peintres, sculpteurs, écrivains. Gustave Flaubert avec la « souffrance psychique » de Madame Bovary va même enrichir le vocabulaire psychiatrique avec le *bovarisme*.

Est-ce trop peu respectueux d'aborder la lecture de ce numéro de Rhizome par ces considérations qui pourraient relativiser le discours dominant que nous avons contribué à créer sur la souffrance psychique comme éclairage de la précarité. Discours aidant et souvent compassionnel plus qu'interpellation politique ou philosophique de la cité dans laquelle nous vivons. Discours qui est loin de pouvoir donner sens à la diversité essentielle des expériences humaines et de la manière d'être au monde.

Les analyses proposées ici, du fonctionnement et/ou positionnement psychique des personnes en état de souffrance psychique dans le tourbillon de la précarité du monde et/ou de deuils impossibles à faire, me paraissent des pistes solides. Devoir soigner *en réciprocité où patients et soignants échangent quelque chose de leur propre vécu*, j'y souscris. Le constat sur la dérobade de l'appui du social, sur la délégitimation généralisée de l'autorité dont celle du soignant et la solitude éthique hasardeuse que cela induit dès que l'on tente d'agir, c'est bien réel et bien difficile.

Après ces années où j'ai, moi aussi, dans le sentiment de l'urgence à l'assistance à personnes en danger, contribué à accréditer ce concept encore incertain et évident de souffrance liée à la précarité, je me demande vraiment si nous n'avons pas contribué ainsi à troubler la conscience non seulement de la nécessité de stoïcisme dans la finitude des choses mais aussi nos capacités de lecture politique de la précarité et de l'exclusion. De plus, parce que la souffrance diagnostiquée, donc énoncée appelle les soins, elle réhabilite ainsi le pouvoir médico-social dans la cité. Elle nous permet, alors même que nous rendons service, d'éviter l'interpellation frontale contre les déterminants politiques et sociaux des inégalités. Si l'objectif politique global n'était plus guère que l'éradication des souffrances guérissables par l'armée de ceux qui apprennent à le faire, et pourquoi ne le seraient-elles pas toutes, une société apaisée pour ne pas dire analgésiée serait alors le modèle désirable d'une société justement heureuse.

Ce n'est pas dit, mais il faut entendre attentivement le titre d'un des articles de ce numéro : *La souffrance psychique : un paradigme écran ?*



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

DOSSIER

- Souffrance psychique et violence de civilisation p. 2
René Kaës
- Précarité du monde et souffrance psychique p. 3/5
Jean Furtos
- Orphelins de l'appui du social : questions sur une délégitimation généralisée p. 4/5
Jean-Pierre Lebrun
- La souffrance psychique : un paradigme écran ? p. 6
Jacques Lebas
- La souffrance psychique : un nouveau paradigme ? p. 7/9
Jean-Pierre Martin
- La chair du travail p. 8/9
Marie Grenier-Pezé

- Quand le cadre silencieux se met à parler... p. 10/11
Bernard Duez
- Comment prendre en compte la souffrance psychique des « patients frontières » ? p. 12
Nicole Arrio, Jean-Baptiste Pommier

- Regard critique sur les usages sociaux et politique de la souffrance psychique p. 13
Zahia Kessar

RUBRIQUES

- LE COIN DU CLINICIEN
Une clinique de l'humain p. 14
Pierre Morcellet
- LIBRES PROPOS
Deuil individuel et deuil communautaire : une dynamique paradoxale p. 15
Jean-Claude Métraux
- ACTUALITÉS p. 16

Souffrance psychique et violence de civilisation

Le courage et la lucidité de Freud a été de discerner au sein du mal-être de l'Homme la part décisive qui revient au malaise dans la civilisation et, dans celle-ci, ce qui noue sa souffrance au fonctionnement social des institutions et aux exigences de la culture. [...]

René Kaës

Psychanalyste
Professeur émérite
de psychologie université
Lumière Lyon II

Le passage de la pluralité des individus au groupement est décisif, il forme la base de la vie en commun. Dans ce passage s'opère l'échange « d'une part de bonheur possible contre une part de sécurité ». Il me semble que la souffrance psychique aujourd'hui prend une part de sa source dans les traits actuels du malaise dans la civilisation.

Parmi ces traits, je voudrais en souligner trois :

1) L'importance du processus de régression des formes contractuelles du lien vers des rapports de force entre des groupes qui détiennent le pouvoir de définir les normes de la civilisation, de l'ordre et des valeurs et ceux qui les subissent. Ce processus de clivage est soutenu par l'économisme et conduit aux détériorations sociales et psychiques radicales qu'engendrent l'extrême dépendance, la destruction des cultures et l'anomie.

Or ces formes contractuelles sont les cadres, ou les socles métapsychiques de la formation de la vie psychique et de la subjectivité. Elles en sont les conditions de possibilité, car à elles sont attachés le travail psychique de symbolisation et d'avènement de l'altérité, mais aussi la capacité d'aimer, de travailler, de jouer et de rêver. En fait, leur régression et leur détérioration soutiennent le travail de la mort dans le processus de la culture.

Dans ce cas, nous avons affaire à autre chose qu'à la souffrance de position sociale, si marquée soit-elle par des inégalités douloureusement ressenties par ceux qui y sont soumis. Ces troubles expriment la désorganisation des contrats qui soutiennent « l'espace où le Je peut advenir » : des contrats de renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels.

Ce processus de déculturation et de désymbolisation dépasse les processus individuels, mais il les affecte directement. Je pense aux formes de la souffrance psychique contemporaine qui s'expriment dans les troubles des limites de la psyché - elles trouvent un arrière-fond déterminant dans ces désorganisations. D. Anzieu a décrit les points communs de tous ces malades : *« incertitudes sur les frontières entre le Moi psychique, le Moi réalité et le Moi idéal, entre ce qui dépend de Soi et ce qui dépend d'autrui, brusques fluctuations de ces frontières, accompagnées de chute dans la dépression [...], indistinction pulsionnelle qui fait ressentir la montée d'une pulsion comme violence et non comme désir, vulnérabilité à la blessure narcissique en raison de la faiblesse ou des failles de l'enveloppe psychique, sensation diffuse de mal-être, sentiment de ne pas habiter sa vie, de voir fonctionner son corps et sa pensée du dehors, d'être le spectateur de quelque chose qui est et n'est pas sa propre existence »*⁽¹⁾

2) Le second trait est l'importance des formes de la violence innommée et d'abord non reconnue comme telle, qui dès lors ne peut que s'engrainer sur une violence destructrice, sans limites ni origine reconnaissables, et donc sans sujet. Notre carence de la pensée sur la violence fait que nous ne distinguons plus celle qui est inhérente à l'organisation de la vie psychique, la violence structurante du désir, y compris celle de l'autorité, et la violence destructrice qui naît des détériorations des cadres et des contrats de base que je viens d'évoquer : celle-ci naît et se nourrit de l'exclusion, de l'anomie, de la désymbolisation. Nous consons à la notion d'une violence généralisée, et cela nous évite de reconnaître ses sources collectives et individuelles, ses expressions diverses chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ou le vieillard, ses acteurs, ses victimes et ses spectateurs silencieux, ses institutions. Lorsque nous avons affaire à l'exclusion, qui résulte de ce clivage fondamental entre ceux qui font partie du « nous », localement et dans la dimension de la mondialisation, et ceux qui en sont rejetés,

nous sommes confrontés à au moins trois aspects de la violence : celle du rejet subi, celle de la violence non reconnue, et celle, structurante, qui est associée au désir de soin et de réinsertion. Les institutions qui luttent contre la violence de l'exclusion doivent savoir qu'elles peuvent aussi être porteuses de violence et qu'il est nécessaire de la reconnaître pour ne pas la faire vivre comme aliénation de l'exclu par ceux-là mêmes qui pensent lui venir en aide.

3) Ces sources sociales et culturelles de la violence ont aussi une expression politique. J'en saisis l'émergence dans ce qu'il m'est donné de connaître des institutions de soins psychiatriques. Elles sont le lieu de diverses souffrances psychiques et j'ai eu l'occasion d'analyser ses composantes et ses manifestations : les mécanismes de projection et les identifications projectives massives, la paralysie et la sidération, l'agitation et l'activisme, à quoi il faut ajouter l'apathie, sont des moyens de défense utilisés pour ne pas souffrir et ne plus penser. Parmi les sources de la souffrance psychique, certaines sont inhérentes au contact et à la résonance de la folie, d'autres sont des effets du lien institutionnel pathogène, d'autres sont créées par les carences du politique devant la mise en œuvre de la santé publique. Aujourd'hui, il faut aussi prendre en considération la souffrance des soignants, des médecins aux infirmiers, des administratifs aux psychologues, qui sont paradoxalement par les exigences conjointes et disjointes de l'impératif du soin et des conditions de sa réalisation. Il y a la violence et attaque des bases contractuelles sur lesquelles repose une société.

La radicale insuffisance des institutions sociales entretient la souffrance psychique : la souffrance survient dès que sont mises en défaut nos capacités de maintenir la continuité et l'intégrité de notre moi, sitôt que nous reprenons contact avec la détresse primitive, dès que nos identifications fondamentales sont menacées, lorsque la confiance disparaît. ■

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Didier Anzieu, 1985, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, p. 29.



Précarité du monde et souffrance psychique

Le Haut Comité de la Santé Publique a authentifié la souffrance psychique comme ce qui signe en premier la précarité sociale⁽¹⁾. Pour avancer dans les concepts, nous allons définir successivement la souffrance, la souffrance psychique qui en constitue une modalité particulière, ainsi que leur rapport avec la précarité.

I – La souffrance est l'affect pénible devant la précarité du monde⁽²⁾.

Mais qu'est-ce que « le monde » ? Ce terme est utilisé dans des contextes extrêmement divers pour indiquer à la fois une totalité et une appartenance : c'est une totalité d'appartenance. Il peut s'agir du monde-univers, du monde de la mondialisation, du monde du show-biz, du monde du bébé, du monde du travail, etc, etc.

Que se passe-t-il pour celui qui perd un monde connu, reconnu, investi, porteur de valeur et de sens, de traits d'identification au sein d'une totalité qui le dépasse ? Et bien il a tendance à être affecté de vécus psychiques qui s'échelonnent entre la souffrance et l'effondrement, avec des possibilités de défense et de reconstruction.

Admettons que le monde constitue un modèle d'intégration qui vise à diminuer la souffrance ; l'enfant qui « vient au monde » en hérite. Mais ce monde donné, contrairement au désir de permanence, se modifie... en permanence. Il entre nécessairement en conflit avec le monde émergent, systématiquement décrit par les fixistes comme « décadent ».

Pourtant, il y a des événements qui bouleversent de fond en comble le monde donné. Tout être bouleversé entre dans un monde d'abord chaotique, c'est à dire dés-intégré. Le sujet, émergent et bouleversé, capable de paroles et d'actes sur la scène sociale, est soumis à la souffrance, au trait de mortalité.

On comprend que la souffrance, sans être un symptôme médical, concerne cependant la santé mentale dans son sens extensif.

II - Qu'est-ce que la précarité essentielle de l'être humain ?

La souffrance nous renvoie d'une manière emphatique à la précarité essentielle de l'être humain et à sa dépendance à l'autre. Chaque homme a besoin d'être reconnu comme digne d'existence dans un monde donné ; cette précarité inclut le risque de ne pas être reconnu, ce qui signifierait l'exclusion, cette forme de damnation sociale. Ce risque peut devenir avéré, en fonction du contexte objectif ; mais la peur de souffrir, l'impossibilité de souffrir sa souffrance peut également conduire à l'auto-exclusion, c'est à dire à la désubjectivation de soi-même⁽³⁾, car le sujet doit aussi se reconnaître digne d'existence dans un monde donné.

Dans les périodes où le monde émergent l'emporte sur le monde fixe, les indices de reconnaissance vacillent, la souffrance augmente.

III – La rencontre de la précarité sociale et de la précarité psychique. Définitions.

La précarité psychique correspond à la vulnérabilité psychique devant le vacillement du monde et les difficultés de reconnaissance de soi comme digne d'exister dans un groupe humain donné.

La précarité sociale renvoie aux modifications objectives de l'organisation du monde : par exemple l'augmentation des contrats professionnels précaires, et en règle générale tout ce qui peut fragiliser concrètement les conditions de vie⁽⁴⁾. La précarité sociale n'est pas identifiable à la pauvreté bien qu'elle en constitue un risque. A l'extrême, la « grande précarité » est synonyme de misère, de grande pauvreté.

Nous définissons une société précaire comme celle qui est marquée par l'obsession de la perte, en l'occurrence celle des objets sociaux (argent, emploi, logement, statut etc...)

Fait surprenant, depuis le rapport Lazarus⁽⁵⁾, la souffrance psychique tient lieu d'indicateur de précarité sociale. Parler de souffrance psychique revient alors à inscrire dans le langage l'incorporation subjective des inégalités sociales objectives. Rien que cela ! Ce qui permet à Didier Fassin une exégèse éclairante : « lorsque le psychiatre ou le psychologue, l'éducateur ou l'assistant social, désignent comme souffrance psychique les symptômes ou les sentiments qu'exprime une personne, ils produisent un effet social qui implique l'individu concerné mais aussi au-delà de lui la condition qui est la sienne (souligné par nous). La tristesse, l'acte agressif ou la consom-

(suite page 5)

Jean FURTOS

Directeur scientifique
de l'Orspere
Bron (69)

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Rapport du Haut Comité de la Santé Publique : « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Février 1998, page 2.

(2) FURTOS (J.), LAHLOU (J.) : « Souffrance devant la précarité du monde (Pourquoi une clinique psychosociale ?), à paraître In Confrontations Psychiatriques.

(3) Rapport « Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale », résultat de deux recherches-action, décembre 1999

(4) Cf. Rhizome n°4, p. 3 « Définir et mesurer, selon l'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale », par Marie-Thérèse Espinasse.

(5) Rapport Strohl-Lazarus, DIV-DIRMI : « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », février 1995.



Orphelins de l'appui du social : questions sur une délégitimation généralisée

Jean Pierre LEBRUN

Psychiatre
Psychanalyste
Namur - Belgique

Partons d'une considération simple, une construction à trois étages : l'étage de l'humain, l'étage de la société, et celui des premiers autres qui entourent le sujet, autrement dit l'étage de la famille.

L'étage de l'humain, si l'on s'en réfère à ce qui le spécifie, à savoir au langage, exige la perte de la jouissance absolue, immédiate, totale. Du seul fait d'entrer dans le champ du langage, le sujet s'exclut de la jouissance et est marqué de la limite : s'inscrit ainsi pour lui une déception irréductible, une insatisfaction structurale, son être s'entame ainsi nécessairement d'un "Non!" qui va servir de fondement à la Loi.

Passons d'emblée au troisième étage : celui de la famille, des premiers autres. C'est au travers de la relation à ces derniers que le sujet va rencontrer cette limite à la jouissance. La jouissance de la mère lui est interdite, et cela du fait du père - mieux, de l'homme de la mère -, du fait de ce que c'est avec un autre que l'enfant qu'elle trouve sa jouissance. Sans entrer dans les nuances, disons que la jouissance absolue, immédiate, totale, est représentée par la mère et que le père va représenter la perte de jouissance qu'implique le langage. Ainsi le trio père-mère-enfant via l'Oedipe entre en scène pour que l'enfant consente à perdre la jouissance et dans le même mouvement accède à la possibilité de désirer, ce qui lui permettra plus tard de prendre sa place dans le social comme homme ou comme femme. Du fait de ce dispositif, la ligne de partage entre la jouissance et le langage semble avoir été mise en place par la Loi que servent les parents, mais en fait ce sont les contraintes du langage qui ont été ainsi habillées par l'interdit de l'inceste.

Revenons-en maintenant au deuxième étage : la limite qui sert de fondement à la Loi - même si, comme nous venons de le faire remarquer, c'est la Loi qui semble dans l'après-coup fonder cette limite - sera définie et articulée par chaque société selon des modalités propres qui feront d'ailleurs sa spécificité culturelle. Il n'en reste pas moins que, quelle qu'elle soit, chaque société s'est toujours donné la charge d'organiser la limitation de la jouissance. Nous la retrouvons à l'œuvre dans ce qui est reconnu comme l'universalité de la prohibition de l'inceste.

C'est donc la solidarité de ce triple étagement qui a été responsable durant des siècles de la transmission de la limite, de ce "Non!" nécessaire à la spécificité de ce que Lacan a appelé *l'humus humain*. Or, cette solidarité est aujourd'hui remise en cause ou, en tout cas, sa visibilité et c'est aux conséquences de ce changement que nous avons à faire.

En effet, tout se passe comme si notre social, en passant d'une société de pouvoir à une société de savoir sous l'égide de la modernité - *cette faille dont les tassements ultimes ne se sont pas encore produits*, dit Yves Bonnefoy⁽¹⁾ - ne transmettait plus la nécessité de cette limite. Insistons d'emblée sur le "tout se passe comme si", car il ne serait pas difficile de démontrer qu'il ne s'agit que d'une apparence trompeuse, qu'en fait cette limite, ce "Non!" est toujours au programme, mais qu'il ne se présente plus avec la visibilité d'antan et certainement plus avec la visibilité suffisante pour que celle-ci persuade spontanément qui-conque de sa nécessité.

En effet, remarquons que par les effets conjoints de l'économie capitaliste mondialisée, du déclin du Patriarcat et du discours de la science⁽²⁾, les notions de butée, de

limite, de "Non !" se voient sans cesse déplacées, ou purement et simplement pulvérisées. Difficile dès lors de ne pas prendre pour une suppression de toute limite les possibilités qui sont les nôtres de pouvoir sans cesse la déplacer. Difficile de ne pas confondre suppression de la catégorie de l'impossible et inflation sans mesure des possibles. Difficile de ne pas prendre pour infini ce qui n'est que sortie d'un type de finitude.

Tout se passe dès lors comme si, suite aux modifications qu'autorisent les développements et les progrès jamais atteints de notre société, cette limite et ce "Non!" que devait transmettre le social, n'étaient plus au programme. En revanche, toujours plus de jouissance semble faire office d'idéal ou en tout cas se proposer comme alternative susceptible de ne plus s'encombrer des embarras du désir. Ainsi le "droit au bonheur" justifie d'en appeler au Prozac et au Viagra plutôt que de se confronter à l'angoisse ou à la précarité de l'exercice de la sexualité.

A cette apparente disparition de la limite dans le programme du social, nous faisons l'hypothèse d'une double conséquence : d'une part, une délégitimation de ceux et celles qui ont à poser la limite : les

(suite page 5)

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Y. BONNEFOY, *Readiness, ripeness : Hamlet, Lear, préface à Hamlet, Folio classique n°1069*, 1978, p.8.

(2) Nous renvoyons à notre ouvrage où nous avons longuement développé ce thème : J.-P. LEBRUN, *Un monde sans limite, essai pour une clinique psychanalytique du social*, Erès, Toulouse, 1997.



Orphelins de l'appui du social : questions sur une délégitimation généralisée (suite)

(3) Cf. à ce sujet : "Malaise dans la subjectivation", in J-P LEBRUN (et coll.), *Les désarrois nouveaux du sujet*, Érès, Toulouse, 2001.

parents ne s'autorisent plus aujourd'hui à dire "Non!" à leurs enfants et ce sont eux qui demandent reconnaissance à leurs enfants. D'autre part, cela met les sujets eux-mêmes dans une situation que nous avons appelée ailleurs⁽³⁾ d'expérience-limite, à savoir dans la position de ceux qui ont à tirer seulement d'eux-mêmes la nécessité de ce "Non!".

Du côté des parents - mais aussi bien des éducateurs, des enseignants, des politiques, de tous ceux qui ont la charge de faire autorité de par le seul fait de leur place..., il y a un effet de délégitimation. Ces derniers se retrouvent dès lors comme orphelins de l'appui du social. Appui pourtant indispensable, car nul ne peut exiger que ce "Non!" se transmette s'il ne le soutient *que* de lui-même. C'est là sans doute un paradoxe, mais pour qu'un "Non!" soit opérant, il faut à la fois que le sujet le soutienne de lui-même et qu'en même temps il soit légitimé, la plupart du temps

par quelques autres à qui il se réfère. Il faut que se maintiennent simultanément les deux dimensions : nul ne peut n'en référer qu'à soi-même, à moins d'autoritarisme, mais chacun doit néanmoins s'engager singulièrement dans son interprétation de la règle commune, à moins de se contenter d'un fonctionnement bureaucratique.

En revanche, du côté des enfants, pour ancrer la limite, ils ne peuvent plus compter sur l'interdit qui leur vient d'ailleurs, sur l'arrimage de la limite dans l'Autre du corps social. Au mieux, il ne leur reste alors qu'à s'interdire, mais ce "Non!" qu'ils s'infligent à eux-mêmes, n'en reste pas moins éminemment précaire puisque son destin n'est pas retiré de leurs mains. Il persiste en leur seul pouvoir et, à ce titre, est toujours susceptible d'être remis en question, si pas désavoué, et donc sans cesse à réinscrire. Une telle délégitimation frappe

aussi de plein fouet les intervenants chargés de transmettre la limite et laisse en profond désarroi ceux qu'on appelle les soignants. Ces derniers avaient coutume de soutenir la possibilité d'une parole pour un sujet qui cherchait sa vérité au travers de la conflictualité; ils doivent aujourd'hui se confronter à des sujets souvent sans demande, voire sans parole, qui sans cesse échappent à la subjectivation. Il faut apprécier la mutation que ceci engendre quant au statut du symptôme. Ce dernier devient davantage un *a-symptôme*, c'est à dire non plus un appel à l'Autre du fait de son articulation au langage, mais seulement un signe de ce que la régulation entre désir et jouissance n'est pas accessible au sujet.

Gageons que dans un tel dispositif, c'est à de nouvelles modalités de la souffrance psychique que nous allons être confrontés, ceci contraignant nos pratiques des soignants à de très sérieux remaniements. ■

Précarité du monde et souffrance psychique (suite)

mation de drogues, se trouvent interprétés dans un langage qui lie le social et le psychique⁽⁶⁾. Comment se fait-il qu'une souffrance en rapport avec la condition sociale soit qualifiée de «psychique» alors qu'elle correspond assez exactement à «la souffrance d'origine sociale» décrite par Freud dans «Malaise dans la civilisation»? Elle y est décrite comme liée à la «défiance des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'Etat et la société». Tout se passe comme si, à notre époque, cette souffrance d'origine sociale, ordinairement déniée, réapparaissait maintenant en force sur le mode de l'affect douloureux. Cette souffrance est bien entendu à situer dans le cadre de «la société des individus» où les notions de Personne et de Droits de l'Homme prennent une valeur centrale, bien qu'elles ne puissent suffire, à elles

seules, à faire fonction de programme politique. Cette souffrance est aussi à situer dans le contexte de la mondialisation des flux financiers, qui induit des phénomènes de virtualisation, de dématérialisation, de décorporisation empêchant une familiarité suffisante pour un monde appropriable par le plus grand nombre. Dans ce sens, la souffrance constitue le retour douloureux d'un corps vivant.

IV – Souffrance psychique et clinique.

Souffrir n'est pas une maladie, la souffrance psychique n'est pas la maladie mentale. Mais deux remarques s'imposent aussitôt :

- la question de la souffrance psychique dans les affections psychiatriques mérite d'être considérée, et apporte un éclairage

intéressant que nous ne pouvons développer ici.

- la souffrance psychique ou souffrance d'origine sociale peut, selon les situations, être « bien vécue », ou alors empêche de vivre, voire empêche de souffrir ; il peut s'en suivre une pathologie, définie comme ce qui empêche de vivre, voire une aliénation.

Pour prendre en considération les diverses modalités du souffrir en société précaire, l'ORSPERE a proposé la notion de clinique psychosociale, définie comme la souffrance qui apparaît sur les lieux du social et empêche le travail social⁽⁷⁾.

Les modalités de travail des intervenants sociaux et des psychistes s'en trouvent bouleversées. Qui, aujourd'hui, peut se prétendre à l'abri d'un tel bouleversement ? ■

BIBLIOGRAPHIE :

(6) In « Une souffrance psychique ordinaire », sous la direction de Frédéric de Rivoyre, Paris, L'Harmattan, 1998, p. 69.

(7) Rapport ORSPERE, op. cit., note 3.

La souffrance psychique : un paradigme écran ?

Longtemps la souffrance psychique des personnes les plus pauvres et marginalisées a été niée par les médecins et, plus généralement par notre système de soins. Qui ne serait d'accord avec ce constat de carence ?

Jacques LEBAS

Médecin,
Polyclinique Baudelaire
Hôpital Saint Antoine

Directeur de l'Institut
de l'Humanitaire

Pourtant depuis quelques années, nous assistons à un retournement : le déni a été remplacé par une inflation des discours sur les douleurs de la psyché, qui vient recouvrir, tel un voile, ce scandale politique qu'on ne saurait voir. Difficile aujourd'hui, pour une personne en situation de précarité d'accéder à un centre d'hébergement, un dispositif de soins, un système d'aide ou d'accompagnement, sans être, dès le pas de la porte, étiquetée en « souffrance psychique » ; et orientée, sur le champ, chez un panseur des blessures de l'âme. La pauvreté, la précarité, l'exclusion de la société seraient avant tout des « mauvais états d'âme », qu'il faudrait considérer et traiter comme tels. Ca ne vous rappelle rien ? Comme quoi, rien de nouveau sous le soleil du regard que nous portons sur les pauvres. Le mouvement de mise hors du champ de la psychiatrie de la misère s'est accompagné d'un mouvement symétrique de « psychologisation » de cette même pauvreté. Le système psychiatrique refuse de prendre en compte, dans sa majorité, non la souffrance psychique, mais les maladies mentales associées ou ayant entraîné le basculement dans l'isolement social et la pauvreté matérielle. Nombre de malades atteints

de pathologies psychiatriques chroniques se retrouvent ainsi dans les circuits de prise en charge de la misère sociale : centres d'hébergement, SAMU social, associations d'aide aux sans abris. Dans ces centres, pas de soins psychiatriques adaptés. Alors on lui substitue, comme cache misère, la prise en charge de la souffrance psychique qu'entraîneraient, inéluctablement pour tout un chacun, ces conditions de survie. Souvent aussi, ils se retrouvent tout simplement à la



rue, hors de tout circuit d'entraide et de prise en charge... si ce n'est en prison. La prison est devenue en effet le dernier lieu où sont regroupés les malades psychiatriques. Pas le moindre. Qu'il y ait en prison beaucoup de souffrance psychique, mal prise en charge de surcroît, est peu discutable. Mais la prison est également une catastrophe sanitaire, et, trop souvent, un lieu de désinsertion. Bref la réponse mal adaptée de la

société à des questions qui la minent. Nous ne voudrions pas laisser croire que nous nions toute nécessité d'aide psychologique. Ce serait absurde. Dans le cadre du dispositif « Baudelaire », à l'Hôpital Saint Antoine, une psychologue fait partie de l'équipe et ne manque pas de travail et de personnes à prendre en charge. Evidemment.

Simplement alerter, en quelques lignes, sur le danger de la « souffrance psychique » comme mot valise.

L'inadaptation de la personne à sa condition sociale ne peut être réglée à coup de soins psychiques voire d'anxiolytiques.

Les manifestations de révolte, de refus, de remise en question de nos pratiques, de nos fonctions, voire de nos bons sentiments ne sauraient se limiter à une manifestation d'une douleur de l'âme pas ou mal prise en charge.

« Il est pauvre mais on s'occupe enfin de sa douleur psychique ».

Nous avons trop souvent entendu l'action humanitaire remise en cause au nom de son caractère cache misère pour ne pas être soucieux des nouveaux discours qui émergent sur la précarité et susceptibles de reproduire les mêmes erreurs. L'inflation de discours, dispositifs, voire de pratiques cliniques animées du souci louable de prendre en charge la souffrance psychique, nous semblent porteurs du danger de nier les dimensions politiques, sociétales et éthiques de la pauvreté.

Cette réponse d'aujourd'hui à la misère de toujours est plus la manifestation de la douleur à l'âme de ceux qui, soucieux d'aider, sont conscients de leurs limites et leur relative impuissance, que des perturbations psychiques qu'impliquerait, systématiquement et chez chacun, la vie dans la pauvreté et l'exclusion. ■

...Simplement alerter sur le danger de la « souffrance psychique » comme mot valise...

La souffrance psychique : un nouveau paradigme ?

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre,
Chef de service
Hôpital Esquirol
St-Maurice (94)

Il peut paraître paradoxal de revenir à cette question après des années de débats et d'échanges d'expériences ; mais nous ressentons la nécessité d'un nouvel éclaircissement, tant la notion de souffrance psychique a envahi le discours médiatique, produisant une abrasion de ses rapports à l'altérité du sujet sans qu'apparaisse un effet politique cohérent qui instaure du lien social, c'est à dire du discours qui permette de mettre du sens sur les origines, les lieux, les filiations et les mythes qui créent de l'exclusion.



Le discours politique, construit sur les termes d'exclusion sociale et de souffrance psychique, appelle donc une interrogation sur les liens symboliques qu'il inscrit dans l'action soignante.

Nous l'aborderons, ici, dans la différenciation que nous faisons entre obligation sociale de soin et dangerosité sociale, puis entre filière spécifique de soin et réseau entre partenaires.

1/ Notre intervention d'équipe de secteur psychiatrique nous confronte directement, tant dans les groupes de paroles avec les exclus que dans les approches individuelles, au travail en commun avec de multiples intervenants sociaux et associatifs.

Elle nous permet de constater, avec eux, que les précarités productrices d'exclusion sont multiples, concernant, non seulement des errants « installés » dans la marginalité, mais aussi, et de plus en plus, des travailleurs pauvres, itinérants ou pas, des immigrés sans papiers, des femmes isolées et des adolescents en rupture de liens familiaux et d'insertions professionnelles. La souffrance de ces laissés pour compte de la société, totalement exclus ou encore partiellement inclus, est immédiatement reliée à la violence de la réalité sociale et aux liens de causalité politique qui la sous tendent. Quand cette violence est abordée, en retour, par

une approche politique plus répressive que sociale, le sentiment d'exclusion s'aggrave avec l'accentuation de la vulnérabilité sociale, de la désaffiliation et l'ampleur de la honte. La marginalisation qui en résulte est donc le signe d'une grave altération des rapports symboliques.

Cette souffrance sociale appelle l'écoute par les professionnels du soin de chaque sujet qui en est victime comme d'une nécessité éthique. Mais de quelle place ? De celle de soignants potentiels du sujet ou de celle d'un agent de l'ordre public ?

Toute violence ou délit renvoie à cette différenciation des places.

Cliniquement, elle renvoie à des causalités cumulatives, faites de facteurs internes et externes, de détresse et de désespoir, de plaintes et de récusations des institutions d'aide sociale. Ces sujets se sentent abandonnés par le monde dans lequel ils vivent, et ils le formulent à travers des passages à l'acte quand leur parole a cessé d'être prise en compte.

Socialement elles posent des questions d'ordre public qui relèvent de la police et de la justice quand la société n'a pas permis d'autres médiations.

Les sujets exclus, précarisés, sont, non seulement, les produits de cette réalité sociale mais aussi totalement cette réalité, relégués dans ce processus de dé-symbolisation qui forclot tout avenir. Ils apparais-

sent comme des « hommes en trop » issus de la finalité du système et du déni du sujet citoyen.

L'action du politique se réduit, par conséquent, à des mesures d'assistance dans l'urgence, souvent avec des arguments sécuritaires qui mettent en avant la dangerosité sociale. Les programmes d'insertion ou de logements sociaux restent limités, aléatoires, et sans financements adéquats et cohérents. Les critères d'objectivation de la misère – « être sans », demeurent le fondement de l'assistance, avec ses disqualifications institutionnelles. L'action publique, dans ces domaines, se déplace vers le financement de programmes publics limités dans le temps et dans ses objets, quand elle n'est pas laissée aux associations caritatives. L'obligation sociale de soin passe dans la reconnaissance des conditions sociales de cette souffrance avant même tout engagement d'une action thérapeutique ; elle en est même la possibilité non contrainte. Car l'accès aux soins peut être aliéné par les politiques d'assistance, avec ses stigmatisations psychologiques de la pauvreté, et ceci malgré les améliorations substantielles apportées par la couverture médicale universelle.

2/ La question de la différenciation entre filière spécifique de soins et réseaux de partenariat trouve là son sens.

La souffrance psychique appelle une position de réciprocité dans le travail clinique où patients et soignants échangent quelque chose de leur propre vécu.

Nous la retrouvons, également, avec les autres intervenants médico-sociaux et en particulier les élus. Les municipalités sont confrontées, de longue date, à la souffrance sociale, que ce soit sur un mode institutionnel ou sur celui du contact direct avec les habitants, ce qui rend légitime leur interpellation du secteur psychiatrique.

La chair du travail



Marie GRENIER-PEZÉ

Docteur en psychologie
Psychanalyste
Consultation « souffrance
et Travail ».
CASH de Nanterre

Elle est entrée dans la salle de consultation en soutenant sa main droite comme on porte un ciboire précieux. Elle n'a parlé que de douleurs à la main, au poignet, de l'impossibilité de reprendre son travail. Elle a poussé devant elle la pile de papiers qui a déclenché le rejet inexorable du chirurgien. Elle arrivait au terme d'un périple que nous connaissons tous : accident de travail, prolongation pour douleurs persistantes, reprise, nouvelles plaintes, donc rechute. C'est à ce moment là que le premier chirurgien a dû s'irriter franchement devant cette patiente qu'il n'arrivait pas à guérir et que le grand mot a dû être lâché : simula-trice. La voilà donc chez nous, énième équipe qu'elle vient consulter. La mimique est théâtrale, tandis que l'abondance de bijoux, les ongles faits, le foulard imprimé, démentent le malheur énoncé. Mais le malheur doit-il se présenter dépourvu ?

Le risque majeur de ce type de pathologie est la surmédicalisation des symptômes. De biopsie en électromyogramme, d'interventions exploratrices en comprimés divers, le symptôme finit par s'inscrire dans le corps de manière indélébile, figeant la demande

dans l'organique. Ce jour-là, l'activisme chirurgical s'engouffre dans une apparente objectivation des symptômes. On opère madame B. sans autre résultat que l'amplification de ses plaintes. Probablement lassé de soigner cette femme sans rien trouver et sans la soulager, on me la renvoie.

Lors du premier entretien, je laisse se déverser le flot : les douleurs qui remontent à l'épaule, qui mordent comme un dragon furieux. Les maux de tête comme un train qui lui passe entre les deux oreilles, le cœur qui va lui éclater la poitrine. Les images défilent, marquées du sceau de l'onirisme. Et pour soutenir des mots trop pâles, le corps vient prêter main forte. Il mime, il hallucine, il incarne. Madame B. dit qu'elle a mal et montre son bras. Symptôme auquel manque la preuve radiologique, biologique. Mais elle dit qu'elle a mal et elle montre son bras.

Au fil des séances, Madame B. entrecoupe ses plaintes douloureuses de pans d'anamnèse de plus en plus précis. Elle a 44 ans, 7 enfants qu'elle élève seule. Son mari est atteint d'une psychose grave, hospitalisé depuis des années en psychiatrie. Elle est femme de ménage en milieu industriel. Elle travaille tard le soir, tôt le matin. Elle décrit les parcours dans la nuit, les matins un peu glauques sous l'abribus, et sa peur d'être en retard qui l'a faite se réveiller avec une heure d'avance. Elle parle du superviseur qui distribue les heures de ménage compatibles avec les soins aux enfants, les chantiers moins fatigants, au gré de ce qu'il obtient du corps des femmes qui sont sous ses ordres. Madame B. s'était jusque là débrouillée pour l'éviter, louvoyer, rester dans une joute verbale. Une heure avant son accident de travail, il l'a coincée contre un mur, s'est montré plus exigeant, elle l'a frappé. Sans l'accident de travail, elle aurait été renvoyée.

Elle aime son mari. Au début, elle allait le voir. Bientôt, les visites sont devenues intolérables.

« Je ne peux plus le regarder comme ça. Ce n'est pas mon mari. Je préfère

me dire qu'un jour il frappera à la porte et passera le seuil sur ses jambes. Ce serait plus facile s'il était mort, je n'arrive pas à l'enterrer dans ma tête ». Séance après séance, elle égrène un lent travail de deuil qui n'a jamais pu se faire.

Voilà plusieurs séances qu'elle me répète : « Le plus dur, c'est quand il demande des nouvelles d'Aïcha ». Ce jour là, elle s'assied. Mais au bout de quelques secondes, elle se retourne vers le lavabo : « Je ne supporte pas le bruit des gouttes ! ». Elle reprend son discours sur Aïcha. Tout à coup ce prénom, parmi ceux des 7 enfants, m'apparaît nouveau. « Aïcha, c'est qui ? »

Elle ouvre la bouche et les murs s'effacent.

« C'était en Algérie, pendant la guerre, mon mari était à la caserne. J'habitais au village chez ma mère avec ma première-née, Aïcha. Un cousin est arrivé en courant, m'a hurlé que les moudjaïdines me cherchaient pour me faire la peau, qu'il fallait que je me sauve. Alors je suis partie dans le désert, mon bébé dans les bras. J'ai cherché refuge auprès de mon oncle dans un campement. C'était un homme qui avait de l'honneur. Il m'a fait descendre dans un trou creusé dans le sol avec le bébé. Il a roulé de gros morceaux de bois par dessus. On a attendu. Du fond du trou, j'ai entendu le galop des chevaux, les hurlements dans le camp, les ordres des soldats menaçant mon oncle au dessus de ma tête. Il criait qu'il ne savait pas où j'étais. J'ai entendu des cris, puis les chevaux repartir, puis plus rien... J'ai appelé. Personne... J'étais dans le noir, j'avais du mal à respirer, le bébé aussi. Il y a des gouttes qui sont tombées sur ma tête, j'ai cru que c'était de l'eau, j'ai goûté, c'était du sang. J'ai compris qu'ils l'avaient égorgé, que j'étais seule dans ce trou. J'ai poussé sur le bois longtemps, longtemps... Par moments, j'avais l'impression de partir dans un gouffre, je me réveillais, je recommençais à pousser. Je ne sais pas combien de temps il m'a fallu pour sortir. »

Elle s'arrête. Elle a tout raconté sans l'ombre d'un affect, comme

(suite page 9)

La chair du travail (suite)

un cinéma intérieur qu'elle aurait visionné. Elle frotte son bras droit : «*j'ai mal, j'ai mal*».

Alors, je pose la question : «*Et le bébé ?*»

«*Le bébé était mort, je l'ai laissé dans le trou et je suis partie comme une folle. J'ai couru longtemps, j'ai atteint la caserne. Et là, mon mari m'a demandé où était le bébé. Et je me suis rendu compte que je l'avais laissé comme un chien au fond du trou, sans les prières et les rites. Je n'ai pas pu lui dire, ni à ma mère, à personne, jamais*».

Elle se tord de douleur. Elle a de plus en plus mal au bras.

Il me faut de longues secondes pour me dégager de ma sidération, de la masse d'affects qui monte en moi, les miens et les siens qui circulent dans la peau psychique commune que nous avons mise en place depuis des mois. Elle a pu dégager son histoire de son corps et la mettre en paroles. Il est temps de faire mon travail : les symptômes sont adressés, destinés à une écoute. Ici et maintenant la chair doit devenir verbe. Je lui dis qu'elle a mal au bras qui a porté le bébé. Qu'elle s'est sentie coupable de la mort du bébé, de l'avoir

oublié dans le trou pour se sauver, de la mort de l'oncle égorgé pour elle. Qu'elle a mal au bras qui a frappé le superviseur, celui qu'il avait caressé avant l'accident, le même bras qu'elle passait tendrement au bras de son mari.

Sans doute possible, la souffrance de nos patients est un vécu psychique incarné, éprouvé dans la chair. L'incarnation de la souffrance précède d'ailleurs souvent la parole sur la souffrance car notre système médical n'autorise qu'une seule plainte, celle des corps.

En écho, les médecins soignent un corps fragmenté par la dissection anatomique auquel manque la propriété d'éprouver plaisir et souffrance dans sa dimension subjective et historique.

Sans doute possible, être soignant ne passe pas uniquement par l'apprentissage de grilles nosographiques, par la maîtrise intellectuelle des données cliniques. Le travail du soignant ne serait rien sans la mobilisation du corps, du charnel. S'éprouver soi-même pour éprouver l'autre. C'est de la rencontre entre deux subjek-

tivités incarnées, de la qualité de cette saisie première que peut naître un travail d'élaboration. On ne peut ici faire l'économie de soi-même car travailler passe par la mobilisation de l'intelligence du corps, creuset entre le pulsionnel, le symbolique et le physiologique. La chair du travail, tout simplement. ■



La souffrance psychique : un nouveau paradigme ? (suite)

La prise en compte de ces appels par les équipes de secteur psychiatrique pose la nécessité de l'organisation d'une présence sur le terrain et de ses moyens.

Comment la définir ?

Prendre du temps et instaurer des liens de continuité et de réciprocité dans l'approche du sujet (avec son histoire psychique et ses conflits internes), penser ses besoins sociaux dans son environnement et l'histoire des conflits et des médiations culturelles dans son groupe d'appartenance ; tout cela passe-t-il par l'organisation d'une filière de soin institutionnalisée ou par la rencontre entre intervenants selon les besoins du patient ?

La distinction entre le curatif et la santé mentale va permettre d'appréhender les articulations entre l'accès aux soins (avec les centres d'accueil et de crise, les points

d'écoute dans la communauté...) et les actions communautaires de prévention et d'insertion (médiations, aide aux aidants...). L'élaboration de politiques locales va définir les moyens à mettre en œuvre.

Nous percevons que, si la filière organisée entre soignants permet l'intervention sur le plan thérapeutique, elle suppose un travail de partenariat pour que soit prise en compte la situation globale et non pas seulement le « tableau symptomatique » du moment. La filière introduit donc le plus souvent un « forçage » qui ne correspond pas aux nécessités de la compréhension globale pour que l'engagement thérapeutique soit durable. Or la souffrance psychique n'est que rarement référée à une pathologie manifeste; elle est donc particulièrement masquée par les filières

symptomatiques. Les conditions de l'exercice de la clinique s'en trouvent altérées ainsi que l'indispensable engagement des soignants à faire de la clinique et du travail de santé mentale.

En conclusion, la notion de souffrance psychique, en se précisant dans la dimension du politique, nous amène à élaborer des stratégies d'approches thérapeutiques « d'aller vers... », s'inscrivant dans une dimension de santé publique, ainsi que l'élaboration d'une clinique du sujet créatrice de lien social. Elle nous paraît éclairer autrement les politiques « de la douleur », leur donnant, au-delà de dispositifs techniques qui visent à son soulagement, une dimension symbolique dans le temps social qui fait l'humanité. ■

Quand le cadre silencieux se met à parler...

Lorsque nous travaillons avec des personnalités profondément antisociales ou vivant dans la grande exclusion, il nous est parfois difficile de mettre cet écart que l'on peut instaurer en présence de personnes manifestement psychotiques délirantes ou déficitaires. Ils reprennent souvent nombre de termes, d'expressions familières qui peuvent être les nôtres. Autrement dit, ils nous sont parfois étrangement semblables.

Ils sont comme la caricature de certains traits de caractères ou de certaines décharges pulsionnelles que notre moi inhibe mais qu'il laisse exister chez nous de façon discrète et secrète. Les habitudes de ces sujets sont à ce point excessives qu'elles semblent parodier certaines des nôtres à la manière dont le comique imitateur parodie nécessairement le modèle dont il s'inspire, outrant son trait de caractère pour provoquer le rire. Ce rire témoigne d'une certaine façon de la réussite d'un co-refoulement implicite (R. Kaës, 1992) entre le comique et les spectateurs et qui pourrait se dire ainsi : "Moi qui vous parle et vous qui m'écoutez ne saurions être concernés par un trait de caractère aussi grotesque". L'amplification du trait, la condensation de ses effets, le rend suffisamment étranger à nous-mêmes pour que nous puissions en rire aux dépens de l'autre. Pourtant, dans le secret de ses habitudes, plus d'un est certainement concerné par ce trait de caractère.

Un exemple de la vie quotidienne

Un artisan menuisier, qui partait à la retraite, sachant un de mes amis passionné par le travail du bois lui donne tous ses meilleurs instruments. L'ami s'empresse de les essayer mais ne parvient pas à planter le moindre clou avec le

marteau. Il ne comprend pas jusqu'au moment où, en regardant le marteau de près, il remarque qu'il n'est pas usé de manière égale et chasse inmanquablement les clous de côté. Dans un premier temps mon ami a douté de lui-même et de sa capacité à utiliser un outil professionnel ; dans un second temps il aurait pu douter du menuisier si leurs liens d'estime

Imaginaire de l'instrument Réel rendant le marteau étranger à mon ami. Il a dû lui-même investir le marteau, l'inscrire dans un rapport à l'autre pour conquérir cet instrument. Il a dû traiter symboliquement le rapport à l'empreinte du désir de l'autre sur l'instrument et l'appropriation imaginaire de la défaillance technique par l'autre.

Le cadre, l'autre et l'étrange familiarité

S. Freud (1919) a introduit le terme "Unheimlich" qui signifie le non-familier. Ce terme fut malheureusement traduit par l'inquiétante étrangeté. La traduction par l'étrange familiarité ou l'étrangeté familière serait plus proche de ce que développe S. Freud : une étrange situation où le sujet croit



n'avaient été aussi profonds. En définitive, il a fait "parler" le marteau, support d'une habitude du menuisier, support d'un automatisme, c'est-à-dire le cadre imaginaire à travers lequel le menuisier s'appropriait ce marteau là. Le menuisier s'était approprié le marteau et le défaut du marteau. Ce lien Imaginaire silencieux, discret, permettait au menuisier d'encadrer le Réel de la défaillance du marteau par toute une série d'habitudes motrices spécifiques, automatiques et préconscientes. Tant que mon ami n'a pas fait parler le cadre imaginaire à travers l'indice du dévers du marteau, il se trouvait dans une situation d'inquiétante étrangeté, ne sachant où localiser ce qui, dans ce fonctionnement étrange du marteau, venait de lui ou ce qui venait de l'autre. L'habitus du menuisier sur son marteau constituait le cadre

percevoir du familier au cœur de l'étranger ou de l'étranger au cœur du familier.

Le lieu où le sujet se localise, le lieu de familiarité, a été dans un premier temps assimilé à l'enveloppe corporelle.

"Le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité tout en surface mais une entité correspondant à la projection d'une surface comme projection d'espace corporel." (S. Freud, 1923).

Le mécanisme de la projection se définit formellement par un mouvement attributif : on attribue à un autre des éléments de son propre psychisme (désirs, intentions, affects etc.). Ceci a pour conséquence que, si le Moi est la projection d'un espace corporel, le mouvement projectif produit de l'étrange au sein même de la

Bernard DUEZ

Psychologue
Psychanalyste
Professeur
au centre de recherches
en psychopathologie
et psychologie clinique
Lyon II.

Bibliographie

Aulagnier P., 1975, *La violence de l'interprétation*, Paris, P.U.F.

Bleger J., 1975, *Symbiosis y ambigüedad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, tr. fr., 1981, *symbiose et ambiguïté*, Paris, P.U.F.

Freud S., 1923, *Psychologie collective et analyse du moi Essais de psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot, 1966.

Kaës R., 1993, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.

Lacan J., 1938, *Les complexes familiaux*, in *autres écrits*, Paris, éditions du Seuil, 2001, 94]

Lacan J., 1949, *Le stade du miroir*, in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

Quand le cadre silencieux se met à parler...(suite)

psyché du sujet qui projette. La relation subjective au Moi est ainsi marquée en son originaire même d'une part d'étrangeté. "Ce qui est étranger au Moi lui est tout d'abord identique" (S.Freud, 1925) C'est cette part d'étrangeté que viennent solliciter les sujets états-limites ou des sujets en état de déserrance en nous renvoyant à la forme la plus archaïque de l'autre : l'intrus. L'intrus, c'est un autre que l'on n'identifie pas comme suffisamment étranger à soi-même.

Il apparaît que le cadre psychique d'un sujet ne se superpose à son enveloppe corporelle que *si et seulement si* s'opère un effet d'appropriation subjective de cette zone psychique corporelle. Le Moi résulte de l'auto-attribution d'un espace corporel à l'intérieur de l'espace subjectif. Même si cette attribution est tellement secrète, tellement automatique et donc tellement évidente pour la plupart d'entre nous, les sujets en errance, qui sèment ici et là des morceaux de corps au fur et à mesure de leur errance comme si ces morceaux de corps leur étaient étrangers, viennent nous mettre en situation d'étrange familiarité. Ils nous rappellent que nous avons conquis

notre corps et tous nos habitus et habitudes au prix d'un travail psychique de projection et d'appropriation. Ils font parler un fond, habituellement co-refoulé, celui du lien au cadre secret de nos habitudes, cadre fondé sur les expériences les plus archaïques de notre psyché (expériences symbiotiques, psychotiques etc...).

Ces expériences agonistiques nous ont contraint à définir le cadre imaginaire de notre subjectivité dans un rapport à un non-Moi, monde fantôme de notre Moi (J. Bleger, 1966) au sens où l'on parle d'un membre fantôme après une amputation. Cette relation d'amputation psychique s'actualise chez certains sujets en errance par une amputation physique, signe de l'échec de l'attribution originaire de l'espace corporel au sujet via la fonction du Moi.

L'attribution originaire est l'inverse d'une opération beaucoup plus secrète, celle où un sujet ampute son environnement psychique, la scène intersubjective familiale et collective dans laquelle il naît, d'un espace qui va devenir sien, l'espace de son corps propre. Cette conquête du corps par le sujet, s'effectue par l'introjection de l'espace corporel qu'il vient arracher à l'autre. Lorsque l'autre ou quelques autres ne peuvent renoncer à l'emprise sur cet espace psychique du corps du sujet, le sujet se trouve contraint à des effets d'arrachement, de

démantèlement, de dislocation dont témoigne par exemple l'errance et les auto-mutilations actives ou passives. Le cadre secret de l'habitus corporel se met alors à parler de façon obscène pour n'avoir pu se constituer comme cadre Imaginaire de l'unité psychique du sujet. Ce cadre secret, groupe interne au sujet, cadre constamment actif pour maintenir l'unité imaginaire du Moi, se mettra à parler lorsque le sujet se trouvera en situation de détresse potentielle. Le sujet alertera alors l'environnement par l'obscénité de ses comportements à l'égard des autres. Ce sont là les enjeux de ce que j'ai défini comme l'obscénalité (Duez B. 2000). Cette "obscénité" n'est que subsidiairement une destructivité à l'égard de l'autre, de l'intrus, elle est avant tout tentative de réinstaurer une scène d'où le sujet pourra départir son espace imaginaire corporel propre. Ainsi, le SDF occupant un nouvel appartement y entasse des défécations et immondices jusqu'à ce qu'il les exècre lui-même. L'intervention de l'éducateur ou du soignant sera inopérante, tant qu'elle n'est pas suffisamment synchronisée à ce mouvement de rejet. Ceci est la traduction externe de ce qu'est l'émergence d'un Moi à partir d'un fond indifférencié constitué comme non-Moi, là où était l'intrus.

C'est là le paradoxe fondamental auquel nous confrontent les états-limites : la part de contingence dans la relation à notre corps propre, liée à la trace de la présence de l'autre, intrus et référent de notre unité Imaginaire. ■

Bibliographie

Freud S. 1925, "La dénégation", in *Résultats, idées, problèmes 11*, tr. Paris, P.U.F., 1985.

Bleger J., 1966, *La psychanalyse du cadre psychanalytique*, in *Kaës R. Et al. Crise rupture et dépassement*, tr. fr., Paris, Dunod, 1979.

Duez B., 2000, *L'adolescence de l'obscénalité du transfert au complexe de l'autre*, in J.B. Chapelier et al. *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod, 59-112.



Comment prendre en compte la souffrance psychique des «patients frontière»?

Nicole ARRIO

Psychiatre

Jean-Baptiste POMMIER

Sociologue

Dispositif Interface

LYON (9ème)

Ce que les dispositifs actuellement émergents d'intervention médico-sociale labellisés «interfaces» mettent en évidence, c'est - nous voudrions en faire ici l'hypothèse -, le regain de la force mobilisatrice de ceux qu'on pourrait appeler les patients-frontière⁽¹⁾, auprès des praticiens de ces deux secteurs.

Nous entendons ici la notion de «patient» dans une double acception médicale et sociologique : le patient est en effet à la fois celui qui souffre et demande un soin, et celui qui est engagé ou concerné par une action (idée d'attente, «patienter») dont il est le sujet. Tentons d'y voir plus clair.

Ces patients sont ceux, frontaliers des secteurs d'intervention et des types de prise en charge, qui font grincer les catégories symptomatologiques et bousculent une politique d'action sociale trop compartimentée. Ils sont aussi ceux pour lesquels distinguer s'ils présentent une pathologie d'abord sociale ou d'abord médicale serait une absurdité.

Consécutivement, ces patients frontière souffraient semble-t-il jusque là - en plus de l'atteinte physique et psychique - de leur faible «capacité» à mobiliser autour d'eux les intervenants sanitaires et/ou sociaux du fait de leur *position d'entre-deux*. En un mot, éloignés de la figure du «cas», ces patients se trouvaient inscrits au registre du social pour les uns (les soignants) ou de l'atypique pour les autres (les intervenants sociaux).

Or, ce que traduit, selon nous, le développement de dispositifs «interfaces» ainsi que son préalable (l'élaboration d'une clinique psychosociale), c'est un changement de regard ou, plus exactement, un *changement de focale*. Prenant un certain recul par rapport à des manifestations extrêmes ou dramatiques, à la fois les plus visibles et les plus en vue de «l'exclusion» (rue, errance,

violence,...), il s'agit désormais d'être attentif à l'apparente «banalité» (et donc à la pluralité) des situations de souffrances, aux faibles signaux d'alerte, aux traumatismes qui s'installent à bas bruit dans la vie quotidienne.

Sans jouer sur des nuances sémantiques mais davantage pour se donner des représentations cliniques, il faudrait voir en quoi ces patients-frontière sont à distinguer des patients «états-limites», avec lesquels ils partagent cette caractéristique de ne jamais être là où on pourrait les attendre. Il nous semblerait intéressant d'approfondir le parallèle entre ces pathologies et ces situations qui ne se «posent» pas et semblent rester



suspendues, mais interpellent à contre-courant des interlocuteurs qui n'y sont pas préparés. Le patient-frontière nous apparaît actif, il navigue entre les opérateurs, exprime des besoins - de soin notamment - aux mauvais endroits (ce qui ne veut pas dire que ces endroits ne soient pas les bons pour lui). C'est ainsi, paradoxalement, que le travail auprès de ces patients s'avère parfois complexe alors même qu'ils sont effectivement en lien.

La cellule Interface 9ème est une équipe mobile intervenant à la demande d'un professionnel du sanitaire ou du social, et qui fonctionne sur le principe de la «tiers intervention». Le déplacement ne concerne jamais en première intention le patient, mais bien notre interlocuteur praticien avec lequel un travail d'analyse, de prise de distance, de soutien pourra commencer, et être suivi d'un *engagement pratique*, par exemple en travaillant directement à retisser et animer le réseau sanitaire, social et également le réseau de sociabilité autour du patient. Des rencontres avec les patients peuvent être envisagées ; elles auront pour objectifs, d'une part une évaluation clinique pouvant être complétée par une démarche d'orientation ; d'autre part, une prise de contact du patient avec la psychiatrie sur un mode dédramatisé.

La souffrance psychique telle qu'elle nous est donnée à voir sur le 9ème arrondissement dans le cadre de ce dispositif, prend cette forme à la fois ordinaire et composite. Elle apparaît en filigrane derrière des problématiques de la vie quotidienne : il s'agira par exemple d'une demande de travail qui ne peut aboutir tant est inenvisageable, et indicible, l'éventualité d'un échec et son corollaire de blessure narcissique. Il pourra s'agir aussi d'une plainte auprès d'un bailleur des voisins d'une jeune femme, patiente psychiatrique connue, chez qui les mécanismes persécutatoires semblent en phase de réactivation... Ou encore, d'une voisine qui interpelle une assistante sociale à propos de la détresse de deux jeunes femmes qui se montrent démunies et désespérées après le décès de leur mère...

Dispositif mobile, l'interface fait ainsi le pari d'une pratique en déplacement qui doit comprendre des souffrances sans cesse en mutation afin de ne pas laisser trop de sujets en souffrance. ■

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Sur la notion de patient frontière voir également « Diagnostic programme d'action sur l'espace multi-site Part-Dieu », L.Patry, J.B.Pommier, J.Stavo-Debauge, V.Viault, Association REGIS, 1997

Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique

La notion de souffrance psychique a peu fait l'objet d'une approche critique et constructiviste. Cela tient sans doute au fait qu'une telle démarche pourrait être interprétée comme une négation de la réalité de cette souffrance.

Zahia KESSAR

Doctorante en anthropologie à l'EHESS
Membre du CRESP
(Université de Paris XIII
Bobigny)

Or, examiner comment cette réalité est produite ne signifie pas la nier, ni contester la réalité des difficultés psychiques qui résultent des inégalités sociales et des situations de précarité.

La question que nous poserons est bien celle du sens et des enjeux d'une qualification en termes de souffrance psychique des effets des inégalités, et du traitement qui en résulte de la part des professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale.

Une façon de nommer les inégalités sociales :

C'est en lien avec la thématique de l'exclusion que la notion de souffrance psychique apparaît dans le champ social, politique et sociologique français. Le rapport du groupe de travail «ville, santé, précarité» conduit par Antoine Lazarus⁽¹⁾ fait état d'une souffrance des intervenants sociaux confrontés au mal être des publics.

La difficulté à agir, liée à l'inadéquation des modes d'intervention produit une souffrance des professionnels en miroir à la souffrance des publics et à leurs difficultés d'existence. Cette souffrance psychique est adressée à la psychiatrie et aux psychologues que les intervenants sociaux sollicitent pour eux mêmes et pour leurs publics.

Dans ce rapport on peut observer que les énoncés sur la souffrance sont le fait des professionnels. C'est le même constat que nous avons pu faire dans nos différents terrains de recherche. Or, on connaît l'impact des catégories utilisées et des attentes des professionnels sur le vécu des usagers. L'expression de ce vécu n'est pas indépendante des interactions avec ces mêmes professionnels, c'est une réalité socialement construite.

Nommer les conséquences des inégalités sociales en termes psychiques, n'est pas sans effets sur les vécus individuels. Comme le signale D. Fassin « l'obligation de se raconter pour justifier sa position de solliciteur » et « d'exposer sa souffrance » « engage l'individu dans une présentation de lui-même dont on peut supposer qu'elle n'est pas sans effet sur la construction de son moi- sinon moral tout du moins social -... »⁽²⁾.

On peut se demander si l'obligation d'exposer sa souffrance, de se définir comme souffrant ne conduit pas à vulnérabiliser encore davantage les personnes, en occultant les situations socio économiques qui sont aussi à l'origine des difficultés, pour se concentrer sur la seule souffrance subjective.

La qualification de souffrance psychique repose sur un récit produit dans le cadre d'une interaction, il ne s'agit pas d'un concept psychiatrique ; la souffrance fait d'ailleurs l'objet d'une tentative de définition par les intervenants.

Les professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale ne participent-ils pas, par leur discours, à cette construction «loquace»⁽³⁾ fondée sur une morale de la compassion qui conduit à privilégier un traitement par l'écoute des effets de la précarité ? Si tel est le cas, quels sont leurs enjeux en tant que professionnels ?

Une sanitarisation de la question sociale :

A cette dernière question nous sommes tentés de suggérer que ces discours sont reconnus comme légitimes car la traduction en termes sanitaires de questions sociales est aujourd'hui nécessaire pour légitimer l'action publique⁽⁴⁾. La traduction en termes de santé des questions sociales fait consensus et permet une pacification du corps social sur des questions extrêmement sensibles politiquement.

Avec le passage de la maladie mentale à la santé mentale⁽⁵⁾ «la souffrance psychique» est en passe d'occuper une place centrale dans ce champ mouvant de la santé mentale dont les frontières avec le

social s'estompent.

Comme le rappellent A Erhenberg et Anne Lovell,⁽⁶⁾ «la souffrance psychique» a fait son entrée dans l'agenda politique.

La notion de «souffrance psychique» représente un des aspects de la demande sociale vis à vis de la psychiatrie aujourd'hui. On peut voir que cette notion englobe toutes les préoccupations sociales et politiques de notre époque : la précarité, l'exclusion, le lien social, la violence, le problème dit «des banlieues»...

La « souffrance psychique » est ainsi une construction «loquace» qui justifie une sanitarisation de la question sociale. Celle-ci opère par un processus qui consiste à traduire en termes psychiques les difficultés sociales, en qualifiant de «souffrants» les publics qui subissent les conséquences de la crise et qui peuvent représenter une menace pour l'ordre public. Il n'est pas anodin que l'insécurité et le thème de la violence notamment soient souvent associés à la souffrance des jeunes. C'est ainsi qu'à la suite de l'affrontement de deux groupes de jeunes au centre commercial les 4 D de la défense, la ministre de la justice fait part de sa volonté de recourir à des psychologues pour prendre en charge le mal être et la souffrance de ces jeunes. Traiter les soubassements sociaux de ces événements et décentrer ce traitement de la subjectivité des acteurs supposerait sans doute une réelle audace politique.[...]

Il ne s'agit donc pas ici de contester le bien fondé et l'intérêt d'une réponse sanitaire dans le cadre d'une relation avec un professionnel de la psychiatrie, qui permet de restaurer un sujet et l'aider à retrouver une capacité à agir. Toutefois cette réponse présente des limites, si elle apparaît comme le seul traitement des effets des inégalités. Il conviendrait par conséquent d'ouvrir le débat pour sortir d'une alternative réductrice qui se présente souvent en termes de sanitarisation ou de pénalisation de la question sociale. ■

BIBLIOGRAPHIE :

(1) LAZARUS, A.
Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, rapport interministériel, Paris 1995

(2) FASSIN, D.
La supplique, stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aides d'urgence. Annales HSS, septembre Octobre 2000 N° 5 PP. 953-981

(3) BOLTANSKI I.L.
La souffrance à distance, Morale humanitaire, médias et politique. Paris, Métailié. 1993.

(4) AIACH, P DELANOË.
L'ère de la médicalisation. Editions Anthropos, Collection « sociologique » Paris 1998. (voir articles de D. Fassin et de M. Jeager).

(5) Circulaire du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

(6) ERHENBERG A et LOVELL A (sous la direction de) *les mutations de la psychiatrie, Paris, Odile Jacob, 2001 (introduction)*

Une clinique de l'humain

« *Qu'on s'imagine maintenant un homme privé non seulement des êtres qu'il aime, mais de sa maison, de ses habitudes, de ses vêtements, de tout enfin littéralement tout ce qu'il possède : ce sera un homme vide, réduit à la souffrance et au besoin, dénué de tout discernement, oublieux de toute dignité, car il n'est pas rare, quand on a tout perdu, de se perdre soi-même* ».
Primo Lévi, *Si c'est un homme*⁽¹⁾.

Le poids d'une réalité, où les problèmes de travail, de logement, d'argent, les projets programmés de réinsertion accaparent l'attention au quotidien, attaque l'espace privé du sujet. L'intériorisation du statut d'exclu l'aliène à une image négative que lui renvoie l'extérieur du social. L'espace propre est ainsi infiltré par un domaine public qui le détermine, lui confère son identité, lui dit la marche à suivre pour retrouver une place parmi les inclus. L'espace interne est vécu comme « cassé », « vide », où ce qui a pu faire histoire, l'éprouvé, le désir, le souci de soi, sont sans valeur par eux-mêmes. La capacité de penser est compromise, au profit d'une fuite dans l'agir. La pensée devient opératoire, fixée sur les démarches à effectuer. La violence subie et l'impuissance s'extériorisent dans divers troubles comportementaux, des passages à

l'acte impulsifs, des conduites répétitives d'échec. La consommation de drogue ou d'alcool remplit le « vide », dénie la dépendance à autrui.

Le temps est altéré. La précarité fait vivre le sujet sous l'emprise d'un présent permanent. Il s'affaire dans des stratégies de survie au jour le jour, aux dépens d'une subjectivité historisée, reliée à un groupe lui-même inscrit dans une histoire, une filiation. C'est un présent fragmenté au gré des circonstances immédiates qui inhibe la demande et donne aux relations avec les autres, y compris l'éventuelle relation thérapeutique que l'on tentera d'établir, leur modalité discontinue qui ne parvient pas à faire communauté. Les liens au passé sont rompus, ou reconstruits d'une manière mythique : « j'ai perdu ma femme et mes enfants dans un accident de la route » est une phrase qui revient avec une fréquence bizarre remarquait X. Emmanuelli aux urgences de l'hôpital Nanterre⁽²⁾. La souffrance ressentie est sans doute la marque du maintien d'une certaine ouverture sur l'avenir, protension vers le monde, même s'il est barré par l'impuissance face à la situation à gérer qui empêche toute autre forme de projection. Mais au maximum du processus d'exclusion, dans le syndrome d'auto-exclusion décrit par J. Furtos⁽³⁾, des mécanismes de défense tels que déni et clivage coupent le sujet de sa souffrance devenue intolérable : il ne souffre plus, « disparaît » de la scène psychique, sa détresse n'est plus que matérielle, le temps est arrêté. La souffrance est celle d'une subjectivité qui est incarnée, et à ce titre se vit dans le corps. Quand l'exclusion fragilise la faculté

d'énonciation dans le langage, le corps peut constituer le lieu privilégié de son expression. Il peut condenser l'espace psychique, physique et social du sujet et être le point central de l'expérience vécue. Des pathologies psychosomatiques, des plaintes corporelles répétées doivent alerter généralistes ou spécialistes. Il porte alors les marques du manque à être, des privations subies, de l'impuissance à laquelle il est réduit, des violences dont il est l'objet. A un stade avancé il est négligé et maltraité, ce qui devait être caché (la honte de soi) se montre sans masque, de manière plus ou moins provocatrice. Au stade ultime de l'auto-exclusion, l'anesthésie est telle que des lésions graves sont laissées sans soins avec une indifférence totale, il est un pur matériau exposé au regard de l'autre qu'il anguisse. Dans ce contexte l'alcoolisme ou l'usage de drogue est massif, laissant libre cours à la pulsion de mort. Dans le syndrome d'auto-exclusion la vie est une vie de survivant.

La désolation est l'expérience limite décrite par H. Arendt⁽⁴⁾ comme perte du sol, déracinement de la communauté des hommes, qui survient quand « la forme la plus élémentaire de créativité humaine – c'est à dire de pouvoir ajouter quelque chose de soi au monde commun – est détruite », que « la vie humaine dans sa totalité » est affectée jusque dans sa confiance spontanée dans le monde, qu'elle devient « non-appartenance au monde », que « seul demeure l'effort de se maintenir en vie ». Ce que le clinicien pourrait appeler une sorte de cotardisation* de l'existence est à entendre comme perte de la familiarité avec le monde par perte de l'assise fondamentale de la présence humaine, perte du sens en tant que sens commun dans un monde où nous cohabitons, dont l'exclusion et la précarité sociale sont les déterminants. L'offre de soins - toute action aidante - s'attachera dès lors à repotentialiser cette créativité détruite. ■

Pierre MORCELLET

Psychiatre des Hôpitaux
CH Edouard Toulouse,
Marseille

BIBLIOGRAPHIE :

(1) « *Si c'est un Homme* »
de Primo Lévi
Ed. Robert Laffont-1996

(2) Xavier Emmanuelli, *Pauvreté, précarité, santé*, Actes du Colloque du Vinatier Déqualification sociale et psychopathologie Lyon-Bron Oct-Nov. 1994, p. 62

(3) Jean Furtos, *Epistémologie de la clinique psychosociale*, in *Pratiques en Santé Mentale* N°1 2000.

(4) Hannah Arendt, *Le système totalitaire*, Points Seuil 1981, p. 225 sqq.

* Cotardisation : dérivé du syndrome de Cotard qui dans sa forme typique comprend des idées de négation (de soi comme personne physique, psychique, sociale ; du monde extérieur), des idées d'immortalité douloureuse, des idées d'énormité.



Deuil individuel et deuil communautaire : une dynamique paradoxale

Jean-Claude Métraux

Pédopsychiatre,
Directeur
d'Appartenances à
Lausanne (Rue des
Terreaux 10, C.P. 54,
1000 Lausanne 9 Suisse).

La précarité que vivent de nombreux quartiers, parfois même des communautés entières, nous amène à nous interroger sur la relation entre souffrance psychique individuelle et processus collectifs. Le deuil paraît constituer à cet égard une grille de compréhension particulièrement intéressante : la précarité se lit dans les déchirures que les pertes dessinent sur la toile sociale.

A un premier niveau, le deuil est incontestablement une faculté individuelle, le joyau psychique par excellence faudrait-il ajouter. Sans cette étonnante potentialité humaine, aucun espace transitionnel ne saurait émerger, nulle séparation entre soi et l'autre, point de symbolisme, ni de créativité. Substituer le souvenir, un souvenir créateur, aux vides qui amputent chaque jour le réel de pans entiers, permet de créer le futur avec les cendres du passé.

Mais que les vestiges funéraires soient le premier témoin de symbolisme et d'art dans toutes les sociétés ajoute d'emblée un nouvel élément : le deuil est aussi un processus collectif. Car la mort menace d'envelopper d'un linceul la communauté dans son ensemble. Sur le plan de la réalité dure d'abord : famines, épidémies, agressions d'armées voisines ont décimé de très nombreuses collectivités dès l'aube de l'humanité. Sur le plan des représentations ensuite : l'identité sociale construite au fil des générations se retrouve écorchée vive plus souvent qu'à son tour. La précédente décennie a laissé Gisenyi et Srebrenica sombrer dans des fosses communes, les particularismes ethniques brandir leur étendard par peur qu'il ne soit brûlé au feu de la mondialisation, et la précarité vampiriser les identités dans plus d'une banlieue.

Quelle dynamique alors entre les deuils individuels supposés créa-

teurs et les deuils collectifs que cette liste non exhaustive engagerait plutôt à comparer avec des chapes de plomb mémorielles ? De très nombreux indices, que je n'ai pas la place d'énumérer ici, laissent supposer que les deuils collectifs parcourent des étapes homologues aux deuils individuels ; ils ont cependant un processus beaucoup plus lent et tendent ainsi à freiner, voire inhiber, cette faculté psychique *première* parmi les membres des communautés affectées.

Mon expérience, au sein d'Appartenances*, avec des survivants de l'indicible, me permet d'illustrer cette thèse. Le long cortège de leurs pertes - villages brûlés, hommes disparus, biens spoliés, femmes violées, groupes dispersés - ne s'est malheureusement pas tari à nos frontières. Au contraire. L'espoir de survie des exilés, placés dans l'accueil par des pays davantage nantis, s'évanouit très souvent dans d'éperdues tribulations en quête d'une autorisation de séjour. Et le retour obligé contraint à un nouveau deuil. Dans pareilles circonstances, nous avons pu observer que les requérants d'asile au deuil plus prompt risquaient rapidement d'être mis au ban de leur groupe encore plongé dans le gel. La reconnaissance de cette nouvelle perte - première étape du deuil - par des individus isolés plaçait en effet le reste de leur communauté devant le miroir de son déni. Alors qu'elle n'était pas prête, *par impératif de survie immédiate*, de le regarder en face. Seule solution : briser le miroir - métaphore d'une violence trop connue - ou l'exiler dans un quelconque rebut - le sort si répandu du bouc-émissaire -. Le risque, pour les aventureux du deuil, apparaît insondable.

La même dynamique peut être observée parmi toute population dont la précarité menace la survie.



Quelles conclusions en tirer pour nos pratiques ?

Il convient d'abord d'être attentif à l'examen des possibles effets iatrogènes des approches exclusivement individuelles, aider un individu à s'en sortir, démarche qui ne peut faire l'économie de deuils à élaborer, risque de compromettre ses affiliations communautaires et à terme sa survie, autant au propre qu'au figuré. L'exclu ne sera plus dans les marges : il quittera la page. Notre tâche consiste ensuite à réfléchir aux moyens de contrecarrer la tendance naturelle à l'inhibition des deuils individuels par les deuils collectifs, d'alimenter ceux-ci par le potentiel créateur des premiers. Des approches communautaires et participatives apparaissent ici indispensables. Appartenances a développé à ce propos des projets riches en promesses, mais encore à améliorer.

De telles approches communautaires et participatives doivent aussi inclure une redéfinition du lien entre soignants et soignés, inclus et exclus. Et là notre réflexion rejoint en plus d'un point celle des rédacteurs de Rhizome. Nous devons, entre autre, construire ensemble - acteurs placés des deux côtés de la barrière de la précarité - des « communautés » originales nourries d'un lien social marqué du sceau de la réciprocité. ■

* Une association portant le même nom et avec les mêmes objectifs que ses homologues vaudoise et genevoise, vient de se créer à Lyon.

Nous avons lu :

■ Le Livre Blanc des Partenaires de Santé Mentale France - Pour une association d'usagers de la psychiatrie, des soignants et de responsables du social dans la cité.

Ce Livre Blanc, initié par l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), restitue les travaux établis par des associations d'usagers et de soignants en tenant compte de leur expérience respective acquise dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les propositions présentées dans ce Livre Blanc insistent sur la nécessité de développer un réel partenariat sur le terrain entre usagers et professionnels concernés, de mesurer les besoins d'accompagnement et de lutter contre l'isolement des patients vivant dans la cité.

Ce document peut être commandé à : UNAFAM 12, Villa Compoint - 75017 Paris - Tél 01 53 06 30 43.

■ Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail.

Isabelle Billiard - Ed. La Dispute-2001.

Une étude intéressante qui reconstitue l'émergence de la psychopathologie du travail au lendemain de la seconde guerre mondiale et qui met en exergue certaines questions débattues aujourd'hui à propos de l'engagement de la subjectivité dans le travail et de ses rapports avec la santé mentale.

■ La Santé en Réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital.

Ed. Masson/ Objectifs Management hospitalier- 2001-

Cet ouvrage a pour but de permettre aux professionnels du monde médical et médico-social de retrouver leurs marques dans un contexte où se pose la stratégie d'une meilleure qualité des prestations de santé, dans ses allers-retours entre les professionnels des systèmes de soins de ville et l'hôpital.

Agenda :

■ « 2001 : pertinence de l'Associatif en santé mentale »

Journées des 24, 25 et 26 septembre 2001 à Nantes, organisées par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine.

Renseignements et inscriptions Tél 01 45 96 06 36 - Fax 01 45 96 06 05

■ Pour « une politique citoyenne de santé mentale »

Forum des 9 et 10 octobre 2001 au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité , avenue de Ségur-Paris

Inscriptions auprès de : CEMEA, 24 rue Marc Seguin 75883 Paris cedex 18

Tél 01 53 26 24 24- Fax 01 53 26 24 19 - e-mail pol.cit.santementale@free.fr

RHIZOME est-il trop beau ?

Si la rédaction reçoit de nombreux messages d'intérêt, les critiques et désaccords sont extrêmement rares, ce que l'on peut regretter du point de vue d'un vrai débat contradictoire. Une seule critique nous revient de façon rémanente, plutôt d'ailleurs sous la forme d'une remarque discrètement gênée :

« Vous ne trouvez pas que Rhizome est trop luxueux (ou trop beau) ? » et nous ne pouvons nous empêcher de continuer la pensée implicite : « trop beau... pour son objet, la précarité ». Le support devrait-il être analogue à l'imaginaire social de la thématique santé mentale et précarité, c'est à dire glauque ?

Il est vrai que l'esthétique de chaque numéro est bien façonné grâce à la motivation talentueuse du graphiste et de la secrétaire de rédaction. Mais que l'on se rassure : à notre époque, le beau ne coûte pas plus cher que le laid, et la couleur est devenue tout à fait accessible.

Voilà en tout cas, une interprétation du rapport à la précarité que nous entendons bien, et que nous souhaitons renvoyer à nos lecteurs pour avis.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Secrétaire de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Pierre BELMANT, Fnars (Paris)
- Marie Dominique BENEVENT, CRACIP (Lyon)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Jean FURTOS, psychiatre, Orspere
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Jean-François GOLSE, psychiatre (Picauville)
- Jalil LAHLOU, psychiatre, Orspere
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Marc LIVET, cadre infirmier (Paris)
- Jean MAISONDIEU, psychiatre (Poissy St Germain en Laye)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIERE, psychologue (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, ancien directeur SMC (Villeurbanne)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60

Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Piel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92

E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr

Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : MEDCOM
(Lyon) - Tél. 04 72 78 01 33

Tirage : 8 000 ex.

ISSN 1622 2032