

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PRECARITE

Dr Pierre BODÉNEZ
Psychiatre Hospitalier – Chef de Service
Service Intersectoriel "Alcool-Toxiques"
CHU BREST

Lorsque au moins de juin nous avons été sollicités pour intervenir sur ce thème, honnêtement nous nous sommes trouvés bien embêtés.

Notre question était comment aborder ce sujet ?

Nous l'avons dit, nous étions au mois de juin, les feuilles du baccalauréat allaient tomber - aujourd'hui c'est plutôt celles des arbres, il fallait donc sortir sa copie et reprendre le sujet : Souffrance psychique et Précarité. Soyons rigoureux et essayons dans un premier temps de voir ce qu'il en est de ces deux thèmes, dans un second nous essaierons de reprendre les traits qui caractérisent cette souffrance psychique pour enfin voir ce qu'il en est des conséquences pour les personnes et les institutions qui travaillent avec les « précaires ».

Tout d'abord la question de la précarité, des précaires.

Cette dénomination est à interroger. Bien d'autres auraient pu être utilisés pour désigner cette population. Donc les précaires, mais pourquoi pas les exclus, les clochards, les sdf, les gueux, les vagabonds, les publics en grande difficulté ou les paumés, les marginaux ou les publics en grande marginalité, les dromomanes, les pauvres, les rmistes, les cassoss, les jeunes en errance, les désinsérés, les illégaux, les sans-papiers, les sans-droits, les zonards, les mendiants le quart-monde, la lie de la société, les bas-fonds, les sous-prolétaires...

Dans le rapport Parquet, « Souffrance psychique et exclusion sociale », Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, (septembre 2003) les auteurs reprennent non pas l'ensemble de ces termes mais exclus et précaires, exclusions et précarité. Ils essaient ainsi de caractériser, ou de montrer comment a été caractérisée, cette population.

A) "L'EXCLUSION"

Depuis les travaux de Lenoir ¹, l'exclusion a été caractérisée comme une rupture du lien social et des difficultés d'accès à des droits sociaux élémentaires que l'on rencontre chez certaines personnes.

Gros-Jean et Padieu ² considèrent l'exclusion comme un 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. Ils permettent ainsi de mieux comprendre l'extraordinaire diversité d'expression de l'exclusion.

Castel en 1995 ³ propose avec les autres auteurs cités ultérieurement une définition suivant des modalités compréhensives et non descriptives. Il utilise le terme de désaffiliation ; deux phénomènes : la désappartenance et la vulnérabilité sociale, sans pourtant les bien définir

¹ - LENOIR R. *Les exclus*, Editions du Seuil, 1989 (1974)

² - GROS-JEAN CH. PADIEU C. *Les exclus*, Revue des Affaires sociales, 1995, n°2-3

³ - CASTEL R. *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, 1995

et sans préciser clairement la dialectique entre ces deux processus seraient à l'origine de celle-ci.

Paugam⁴ parle de « disqualification ». Elle serait caractérisée par l'absence de réponses adéquates aux exigences sociales. Ceci fait référence aux compétences sociales de la personne et à la construction progressive au cours du développement de la personnalité de celle-ci. Ceci implique que soient définies les exigences sociales et l'adéquation ou la non-adéquation des réponses. Ceci a le mérite de déboucher sur des actions de requalification sociale et sur une prévention à distance possible en incluant dans les processus éducatifs l'acquisition, le développement et la mise en acte d'habiletés sociales.

De Gaulejac et Taboada⁵ ont préféré la notion de « désinsertion » mettant l'accent sur la place du sujet dans une organisation sociale, édictant des règles et des normes de fonctionnement, imposant aux personnes un statut et des rôles dont l'observance permet de participer au fonctionnement de la société.

Ces définitions voisinent avec celles antérieurement proposées pour l'inadaptation, le handicap et le concept anglo-saxon de désavantage. On parle ainsi quelquefois d'inadaptation sociale, de handicap social ou de désavantage social.

Ces définitions marquent une époque. Elles ont été construites dans une approche strictement sociale et aussi économique. Cela est particulièrement clair dans le rapport de 1990 du Commissariat au Plan et pour partie dans les rapports de Lazarus⁶ et du Haut Comité de Santé Publique mais à un moindre titre, car dans ces deux derniers rapports, on note une tentative pour élargir la notion en utilisant d'autres critères ; à noter que le rapport Strohl-Lazarus insistait particulièrement sur une souffrance psychique intimement liée au social. Ceci a conduit à des politiques de réduction des inégalités basées sur l'idée que les exclus sont des victimes du système économique-social. C'est l'inégalité entre les personnes qui sert de base aux politiques mises en place.

Cette période a conduit à définir l'exclusion et les exclus comme la situation et les personnes qui n'étaient pas ou plus inscrites dans le cadre de ceux qui eux étaient inclus, participant à la vie sociale dans le cadre d'une organisation qui s'impose à tous. Les personnes ne sont identifiées uniquement que comme des « personnes du dehors » ou des personnes « sorties du fonctionnement social habituel ».

Par contre, ces définitions ne permettent pas d'aborder facilement les différentes modalités d'entrée dans l'inclusion, la variabilité historique de chaque parcours individuel, la combinatoire des différents aléas de l'existence et des compétences personnelles du sujet. Elles semblent faire l'impasse sur le sujet en situation d'exclusion, sur ses modalités réactives à ce nouveau mode de vie où la souffrance psychique prend une large place et sur les capacités d'initiative retrouvées chez ces personnes.

On peut regretter que cela ait donné aux exclus une image de passivité comme s'ils étaient le « théâtre de l'exclusion » en les mettant hors champs. Ceci a malheureusement conduit à construire des politiques et des pratiques où l'on « faisait à la place » des personnes, sans elles, sans tenir compte de leurs désirs, présupposant leurs besoins et attentes, évitant de les considérer comme des « sujets actifs ». L'assistance a été préférée à l'aide à la

⁴ - PAUGAM S. *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1994 (1991)

⁵ - DE GAULEJAC V. TABOADA I. *La lutte des places*, Desclée de Brouwer, 1994

⁶ - LAZARUS A. STROHL H. *Rapport du Groupe de travail Ville, Santé Mentale, Précarité et Exclusion Sociale*, « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », Février 1995, polycopié, 53 pages.

réhabilitation, ce qui a maintenu les exclus dans une position de dépendance et à la confiscation de leur liberté.

Schnapper ⁷ considère l'exclusion comme la résultante d'une dialectique inclusion-exclusion. Cela amène à une double approche très opératoire. Comment comprendre et favoriser les processus d'inclusion dans une société, comment comprendre et enrayer les processus d'exclusion ? S'appuyant sur le processus d'inclusion on peut développer une politique de réadaptation, de réhabilitation puisqu'il y avait antérieurement chez les personnes en situation d'exclusion des compétences sociales inclusives. S'appuyant sur la compréhension des processus d'exclusion on peut construire une politique de réinsertion après un temps de réhabilitation.

L'approche précédente donne une dimension dynamique à la conception de l'exclusion, elle rend possible de décrire les trajectoires de l'exclusion, les trajectoires individuelles des personnes.

Nous avons besoin d'une conception plus dynamique au sens de la dialectique entre les processus. « L'exclusion comme processus ou mode de vie » doit être préféré à « l'exclusion comme état ou entité ».

Nous avons besoin de réintroduire les personnes comme « sujet de l'exclusion ».

Si on considère l'exclusion comme état, l'objectif serait de faire disparaître cet état, mais comment ? Par contre, si on considère l'exclusion comme mode de vie nous pouvons agir sur l'ensemble des déterminants individuels et collectifs, psychologiques, sociaux et économiques et faire participer les personnes en situation d'exclusion à leur propre mobilisation.

B) LA PRECARITE, LA PAUVRETE

Il n'est pas question de redire ici tous les travaux qui ont conduit au concept de précarité mais de dire parmi les nombreuses acceptions de ce concept celles qui ont été utilisées dans ce rapport ou tout au moins les éléments « critériologiques » retenus.

Wrésinski ⁸, déjà en 1987, proposait la définition suivante : « 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 ».

L'insécurité qui en résulte peut avoir des conséquences plus ou moins graves, éventuellement définitives car elle conduit à une souffrance psychique, à une sidération des compétences du sujet qui lui permettent de faire face, ce qui conduit la personne en situation de précarité à une situation d'exclusion.

La précarité, peut avant la situation d'exclusion, conduire à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet

⁷ - SCHNAPPER D. *Intégration et exclusion dans les sociétés modernes, in l'exclusion, L'état des savoirs, La découverte, 1996, 23-31*

⁸ - WRÉSINSKI J., *Rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale », présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 28 février 1987.*

gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.

On entendra par pauvreté dans ce rapport (le rapport Parquet) la définition de Valtriani ⁹ : « Situation des individus et des ménages marquée par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social ». A cette définition il convient d'ajouter la « pauvreté sanitaire » et la « pauvreté culturelle ».

Nous voyons bien que définir la précarité est complexe. Nous voyons d'ailleurs que si la notion d'exclus/inclus faisait comme si les deux groupes étaient délimitables et ce dans une dialectique binaire (in/out), la question de la précarité est bien plus floue. Il est possible d'être précaire dans un certain secteur de sa vie et pas sur d'autres. Etat de santé précaire, précarité de son état mental, précarité du logement, précarité des droits, travailleur précaire, étudiant précaire ... Reste à savoir si la précarité n'est pas consubstantielle à la destinée humaine, ce qui ne veut pas dire que la pauvreté et l'exclusion sociale le soient.

Le second point sur lequel nous souhaitons d'ores et déjà insister est que sur le précaire s'exerce deux points de vue contradictoires.

Les précaires sont-ils perçus comme objet d'exclusion ou sujet de leur exclusion.

Objet d'exclusion, comme le dit MAISONDIEU "c'est la dure loi du marché qui est devenue la cause de leurs malheurs. Mais, comme la crise n'atteint pas tout le monde de la même façon, on peut imaginer aisément que la chute dans l'exclusion est peut-être bien liée à quelque petite faiblesse ou à une discrète maladresse, voire à une maladie, qui interdisent à certains de participer pleinement à la vie sociale."

Question du concept de souffrance psychique

Reprenons le premier terme : souffrance psychique. Autant le signaler tout de suite, les psychiatres sont bien embêtés avec ce terme. Premièrement du fait qu'il y a bien souvent confusion, voire assimilation, entre souffrance psychique et pathologie mentale. Deuxièmement du fait que voyant émerger ce concept ils s'inquiètent de la pression qui s'exerce à leur égard pour qu'ils "prennent en charge" cette souffrance psychique et ce alors qu'ils savent que d'ici moins de dix ans ils seront deux fois moins nombreux.

Qu'est-ce que la souffrance, qu'est-ce que la souffrance psychique? Cela constitue-t-il une catégorie symptomatologique et/ou pathologique.

Le mieux est de se retourner vers l'histoire des mots, l'étymologie. Regardons donc ce que nous dit le "Dictionnaire étymologique de la langue française", Roquefort-Flaméricourt, Jean-Baptiste de Bonnaventure (1777-1834)

SOUFFRIR, éprouver une douleur physique ou morale ; éprouver du dommage ; endurer ; pâtir ; être vivement affligé ; peiné ; ne pas empêcher ; permettre par tolérance. Du lat. *suffero*, supporter endurer, fait de *sub*, sous, dessous, et de *fero*, je supporte.

SOUFFRANCE, peine, douleur ; état de celui qui souffre ; impression douloureuse du corps ou de l'esprit ; tolérance, délai accordé pour la présentation des pièces justificatives. *Sufferentia*, patience, action de souffrir.

⁹ - VALTRIANI P. *Un concept de pauvreté disjonctif*, Presses Universitaires de Grenoble, t. XLVI, n°4, 151-154, 1993

DOULEUR, souffrance, tourment, mal du corps ou de l'esprit ; sensation pénible. *Dolor*

Ce qui apparaît, mais est-ce- vraiment une surprise, est que dans les deux définitions qui sont liées, souffrance ramène à douleurs et douleur à souffrance, sont indiquées : douleur du corps ou de l'esprit, souffrance du corps ou de l'esprit.

La question qui émerge est celle de repérer si, de fait, nous n'avons pas séparé les termes. D'un côté la douleur qui ramène au corps, au physique et de l'autre côté la souffrance qui ramène au psychisme.

Le terme de douleur morale n'est plus guère usité que par les psychiatres ou par les philosophes mais est tombé en désuétude dans le grand public.

En quoi cette séparation des termes peut-elle nous intéresser ?

Nous savons que du côté de la douleur (donc physique) les mentalités ont bien évoluées depuis une bonne dizaine d'année.

Affichette en salle d'attente des urgences du CHU (éditée par le ministère) :

(nous ne reprenons que les gros titres des chapitres)

"La Douleur n'est pas une fatalité. On peut la prévenir. On peut la traiter.

Avoir mal ce n'est pas normal. Traiter la douleur c'est possible" - suivent deux rubriques : les médicaments, les autres moyens.

Pour corroborer ce que nous disions plus haut, dans le paragraphe "Avoir mal, ce n'est pas normal" nous lisons : "La douleur n'existe pas sans raison, ne la laissez pas s'installer. N'hésitez pas à en parler, votre médecin en cherchera les causes. Il n'y a pas une mais des douleurs qui se distinguent par leur origine, leur durée, leur intensité ... La souffrance morale augmente les douleurs. Parlez-en à l'équipe soignante. Tout le monde ne réagit pas de la même façon à la douleur."

Nous pourrions nous amuser à inverser les termes souffrance psychique et douleur, cela donnerait : "La Souffrance psychique n'est pas une fatalité. On peut la prévenir. On peut la traiter.

Souffrir moralement ce n'est pas normal. Traiter la souffrance psychique c'est possible" -

La destinée même du terme de souffrance psychique n'est-elle pas parallèle à celle de la douleur et à la prise en charge de celle-ci par la médecine. D'où la tentation de réduire médicalement toute douleur, toute souffrance. Toute souffrance devient alors pathologique et à traiter médicalement, c'est-à dire principalement sous la pression des laboratoires par des médicaments, ici, psychotropes. Comme dit EHRENBERG in "Individus sous influence" : "Les débats sur les médicaments psychotropes sont révélateurs de la pression psychique, de ce qu'on a appelé les exigences d'auto-contrôle, qui s'exercent tout au long de l'échelle sociale sur le plus quelconque et le plus exclu d'entre nous au moment où les relais institutionnels qui prenaient en charge le malheur social sont en crise."

Cette question de la souffrance psychique s'applique le plus souvent à un contexte particulier déterminé le plus souvent par un cadre social : précarité, travail, travail de nuit, souffrance psychique des soignants, souffrance psychique et déracinement, guerre et souffrance psychique, travail social et souffrance psychique, mais aussi la souffrance psychique du bébé, surdité et souffrance psychique, la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes...

La question difficile est de savoir s'il est pertinent d'avoir un regard psychopathologique sur un groupe social et/ou de caractériser un groupe social par des difficultés psychologiques particulières. Nous n'avons pas trouvé de travaux concernant inclus et souffrance psychique.

Bien évidemment, cette question de la souffrance psychique relève plus d'une question philosophique, pour aller vite, sans tomber dans une apologie de la souffrance rédemptrice – telle que peuvent le faire les religions monothéistes – nous ouvrons un autre sujet pour le baccalauréat "la souffrance psychique est-elle intrinsèque à la condition humaine".

"La souffrance psychique est un concept qui a été individualisé pour rassembler les dysfonctionnements psychoaffectifs rencontrés mais qui n'entrent pas dans le cadre des troubles mentaux caractérisés. En première intention, on pourrait dire qu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

Les approches sémiologiques sous-tendues par des théories psychopathologiques différentes confèrent à la souffrance psychologique un caractère flou dans sa définition. D'autant plus que deux démarches cohabitent, l'une à une visée purement descriptive, l'autre à visée économique et explicative, s'attachant à définir le comment et le pourquoi" (2).

Aspect descriptif la clinique

Redisons-le encore, il ne s'agit pas ici d'une clinique d'une pathologie mentale. En effet, même si les pathologies mentales peuvent être facteur de désinsertion, et les études épidémiologiques montrent qu'il y a plus de pathologies de ce type chez les personnes désinsérées et si la situation d'exclusion peut entraîner de véritables états dépressifs, le tableau clinique que nous allons tenter de décrire, ci-dessous, ne constitue pas une pathologie. Dans ce contexte de précarité, d'exclusion, vont se mettre en place des modes de fonctionnement psychique particulier.

Maisondieu a, ainsi, décrit un syndrome spécifique : "Le syndrome d'exclusion est donc un mélange de honte et de désespérance qui conduit l'exclu à la mise en panne de son affectivité et de ses facultés cognitives pour survivre à défaut de vivre."(1)

Le Rapport Parquet, quant à lui, reprend une liste de symptômes caractéristiques:

- "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'aides 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 : inéductabilité
- 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
- Conduites d'évitement, de repli, de passivité
- Baisse de l'estime de soi et de se croire susceptible d'agir sur son propre destin
- Conduites addictives de compensation
- Troubles dépressifs
- Déni de la souffrance"

Ce qui est étonnant dans cette description, quelque peu catalogue, est qu'elle décrit principalement des pertes et des incapacités.

Reprenons les différents termes de MAISONDIEU, ce qu'il a donc dénommé le syndrome d'exclusion et qu'il caractérise comme étant une "réponse pathogène à une situation pathologique".

Honte, ce "sentiment pénible de son infériorité, de son indignité ou de son abaissement dans l'opinion des autres".

Si honte et culpabilité peuvent être ou ne pas être liées, elles diffèrent tant dans leur rapport à la parole qu'à la mort.

"Faute avouée est à moitié pardonnée". A fonctionner dans le registre de la culpabilité, la parole diminue la peine, adoucit la sanction. Que ce soit dans le secret du confessionnal, ou devant le public du tribunal mieux vaut avouer ses fautes. Sans doute cet effet de la parole est il aussi à l'œuvre, chez le névrosé, comme (un des) moteur(s) d'une possible psychothérapie (dans les premiers temps de celle-ci).

La honte, à l'inverse, est opposée à la parole. Celle-ci est dévoilement potentiel, or la honte entraîne la dissimulation, ce sont les organes honteux que l'on cache. Si la culpabilité est du côté de la parole, la honte est du côté du regard, le corps devient alors l'écran où la faute et la honte mêlées s'exposent.

"Mourir de honte". Si depuis la suppression de la peine de mort, les coupables ne meurent plus, il est toujours possible d'avoir honte à en mourir. Si dans le registre de la culpabilité, les fautes sont graduées, plus ou moins vénielles, plus ou moins capitales, mais en tout cas mesurables et passibles, de même, de peines ajustées, la logique de la honte, elle, est d'ordre binaire. Lorsque la "tache" marque le sujet, celui-ci est entièrement envahi, la seule solution pour faire disparaître la tache est de disparaître avec elle.

La honte est toujours à relier au regard de l'autre - le symptôme peut être décrit en terme de phobies sociales - et à la question de l'estime de soi. "Ces réactions de repli sur soi et de mise en à distance des autres que l'exclu met en place pour se protéger des humiliations prolongent et renforcent son exclusion. Il s'exclut pour ne pas se sentir exclu et son exclusion prend un caractère chronique difficilement réversible".(1)

Désespérance et inhibition affectivo-cognitive.

La répétition des situations d'échecs, les difficultés incessantes de la vie quotidienne, un horizon quelque bouché, finissent par engendrer désespérance et inhibition affectivo-cognitive. La désespérance est à distinguer de la dépression. Ici, il n'y a pas d'affects dépressifs dans le sens strict du terme. La question n'est pas d'une humeur altérée mais d'une désaffectation, protection contre des affects pouvant être vécus douloureusement. Nous sommes au-delà des affects. Les affects étant vécus comme mortifères la tentation est alors de tenter, eux-mêmes, de les supprimer. Une stratégie est cette inhibition affectivo-sensitive. Ne plus rien ressentir,

ne plus rien s'autoriser à ressentir, pour éviter à nouveau une déception. Ne pas investir dans une relation affective, ne pas investir dans un logement, car le risque est de perdre cette relation, ou dans être déçu (c'est pareil dans une relation d'aide), car le risque est de se retrouver encore une fois à la rue. La précarité rend le rapport au monde précaire, si tout est précaire, le risque est que rien de vaille plus investissement.

Nous voudrions également y adjoindre une question fréquemment retrouvée dans les pathologies addictives. Nous voulons parler de la question du rapport au temps.

En préambule, sur le lien entre précarité et conduites addictives nous voulons préciser que la causalité est bien souvent, difficile à déterminer. S'il est certain que les conduites d'alcoolisation et toxicomaniaques peuvent être facteurs de désinsertion, a contrario vivre une situation marquée par la très grande précarité, nous pensons en particulier aux "sans domicile fixe" entraînent presque inexorablement usages de produits psychotropes. Cet usage va, ici, avoir une fonction d'ailleurs souvent clairement exprimée : "ne pas penser".

Donc la question du rapport au temps :

il s'agit d'un rapport au temps marqué par le temps immédiat (comme il est également noté dans le rapport Parquet, voir aussi Furtos). La difficulté – pour ne pas dire la dangerosité - à se projeter dans l'avenir, la difficulté des histoires passées amène à supprimer le passé et l'avenir – il est d'ailleurs plus exact de dire, à la suite de Saint Augustin, le présent du passé et le présent de l'avenir - et à n'investir qu'un seul temps le temps présent.

Privilégier le temps présent entraîne des difficultés : incapacité à construire un projet, ou investissement dans des projets à très courts termes et où la satisfaction sera immédiatement perçue, parfois en dépit des conséquences pour le lendemain ou le sur-lendemain. La non-satisfaction immédiate peut entraîner des réactions agressives, l'interlocuteur ne s'inscrivant pas dans la même temporalité.

Toujours dans ce rapport au temps, nous voulons parler d'une non-inscription dans une histoire. Apparaît alors une histoire morcelée, aux repères biographiques flous ou incohérents, comme il est souvent décrit chez l'alcoololo-dépendant le sujet raconte des histoires – dans les deux sens du terme - et non pas une histoire. Ces histoires fragmentées font trop souvent évoquer des troubles mnésiques, il s'agit surtout par une non-inscription de diluer le fil conducteur, de ne plus pouvoir repérer ce qui en est du poids des répétitions, de se mettre dans une position d'objet, balloter par le destin – à ce propos deux livres sur cette question de souffrance psychique et précarité, ont des titres surprenants : l'un "la malchance sociale" et le second "clinique de l'infortune" – et non pas sujet de cette histoire.

Contamination du fonctionnement des institutions

Notre contamination en tant qu'intervenant, en tant qu'institution, par le fonctionnement des personnes que nous sommes censés accompagner dans des processus de changement est quasi inévitable, et ce quel que soit le public avec lequel nous travaillons.

Nous allons, donc, essayer de repérer en quoi nos institutions, ses acteurs peuvent se faire engluer dans la question de la honte et/ou de la perte de l'estime de soi, la question de la désespérance et la question du temps présent.

Le sentiment de honte, la perte de l'estime de soi entraîne dissolution de l'identité derrière le masque du même, un habitus ; non pas soi mais un élément d'une classe. La question est alors comment être attentif à repérer chacun dans sa singularité? Ce qui nous interroge est la disparition de l'identité civile, qui n'est d'ailleurs pas que civile mais inscription dans une

filiation, nous voulons tout simplement parler du nom lui-même. Il est, en effet, quelque peu surprenant dans le monde de l'exclusion, de constater que ce nom disparaît aux dépens de sobriquets, de surnoms, de diminutifs. Dans les institutions devons-nous, est-il souhaitable, de reprendre ces mêmes termes, de ne pas réintroduire le sujet avec son identité ?

La désespérance est un affect que tous les intervenants dans le champ de la précarité connaissent. Honnêtement ce n'est pas le seul champ où il peut apparaître. Nous avons dans un premier temps pour slogan – en parodiant le poète : "les cas désespérés sont les cas les plus beaux" nous nous sommes rapidement aperçus que ce slogan était faux. Ce ne sont pas toujours les cas qui sont désespérés mais nous. La formule plus adéquate serait donc "les cas désespérants sont les cas les plus beaux". Ceci pour signaler la confusion des affects. D'autre part, si nous sommes désespérés, ce n'est que par rapport aux espoirs que nous avons. Ici, la question est donc de repérer si les objectifs que nous avons sont bien les objectifs de la personne auprès de – avec - laquelle nous intervenons.

La question du temps va se déclinier sous deux visages contradictoires. Le premier est celui de l'urgence, le second est celui de l'immobilité.

La question de l'urgence "ou plutôt le sentiment croissant de l'urgence pour des situations qui durent quelquefois depuis longtemps met en rapport une impuissance dans la réalité conjugée avec la toute puissance imaginaire du narcissisme primaire : perte d'objet, perte de limite, perte de temporalité, retournées en TOUT, TOUT DE SUITE, TOUT LE TEMPS. Cette mégalomanie se renforce au fur et à mesure de sa déception, avant de se retourner dans les figures du " narcissisme négatif " soumis à l'instant de mort dans l'auto-exclusion : là, l'urgence est ressentie par les tiers, en particulier les tiers sociaux des lieux du travail social.

Le recours à l'urgence commence à insister dès la phase de précarité exacerbée, et, d'une manière générale, toutes les fois que le sentiment de précarité, c'est à dire la perte de confiance en l'autre et en l'avenir, amène à proximité d'une situation psychique de détresse. Cette détresse entame la temporalité, ce dont témoigne l'impossibilité de prendre un rendez-vous. C'est pourquoi l'on observe un recours de plus en plus généralisé à l'urgence médicale ou sociale. Il y a là quelque chose de dramatique : les pathologies présentées ne correspondent pas toujours (dans le cadre de l'urgence médicale) à la compétence des urgentistes, pourtant bien formés, et d'autre part on ne rencontre dans l'urgence que des soignants que l'on ne reverra jamais. On rentre ainsi dans un anonymat relationnel et opératoire sans rapport avec ce qui pourrait embrayer sur un soutien nécessaire. Il en est de même, je pense, pour l'aide sociale en urgence où le côté " dossier " l'emporte sur la relation d'aide (ou en tout cas tend à l'emporter). "(3)

A contrario, dans une dialectique parfaite, apparaît le risque de l'immobilité, de la chronicité installée, la vie se déroulant toujours identique à elle-même et ce bien souvent avec une dégradation insidieuse des personnes.

Les institutions – dans ce rapport au temps - ont donc à faire face à ce double écueil, mais qui aboutit in fine à une sortie d'une temporalité : l'immobilité et l'urgence.

La question pourrait être : comment introduire une scansion du temps, une histoire au sein de l'institution, une trajectoire qui ne soit pas faite uniquement de ruptures successives ? . Peut-être qu'une analogie avec la musique serait utile ; il resterait alors à déterminer ce qui peut faire rythme, changement de rythme, durée de notes, pauses et silences, mais aussi continuité mélodique.

Enfin reste à se poser la question des politiques, dans le sens large du terme, et à se demander si eux aussi ne sont pas contaminés par cette question du temps et si, bien souvent, ils ne

traitent pas les institutions intervenants auprès des personnes précarisées en les précarisant, en se montrant peu soucieuses de leur pérennité.

De même, nous voyons fleurir les dispositifs d'urgence (grand froid, samu social). Ici aussi l'histoire ne sert à rien, le sujet précarisé est trimballer de prise en charge "urgente" en prise en charge "urgente". L'histoire des dispositifs, de leur mise en place, n'est pas – peu – analysée, cette non-prise en compte ne permet pas de construire une histoire, ne permet pas l'élaboration d'une expérience.

Pour clore ce chapitre nous voudrions reprendre les propos de Maisondieu :

"Le plus difficile avec ces clients est d'être sans pitié mais compatissant. La pitié est abjecte, elle est disqualifiante car elle n'accepte l'Autre que parce qu'il est dans la peine. Elle le maintient en exclusion car elle s'alimente de sa souffrance. La compassion, elle, s'intéresse à l'Autre qui souffre, non pas à sa souffrance, mais elle est plus difficile à pratiquer car les grands traumatismes d'autrui ont dans les inconscients des échos troublants. Narcisse est un petit dieu jaloux de sa beauté. Il n'accepte autrui, ses souffrances et ses souillures, qu'à condition de ne pas être touché, contaminé par elles. Il ne veut donc pas ressembler à cet Autre dont il s'occupe, pour ne pas imaginer être atteint comme lui. Il y a dans la pratique du baiser au lépreux et du soin aux exclus des zones troubles où le souci pour l'autre oscille en permanence entre compassion et pitié, entre le noble et l'ignoble, le dernier n'étant pas forcément le plus rare..."(1)

A titre de conclusion :

Nous voudrions reprendre cette question des deux points de vue : la personne exclue objet ou sujet de son exclusion. Evidemment vous connaissez la solution il s'agit de tenir à la fois les deux termes.

Reste à savoir comment. Sans doute que les cadres peuvent –doivent être différenciés.

Si nous adoptons le point de vue objet ceci est cohérent dans le cadre d'une approche collective (groupes, associations, syndicats ...). Nous pouvons cependant nous interroger sur la place que les institutions accordent aux usagers dans les instances de concertation voire de décision.

L'approche individuelle ne peut pas par contre ne pas réintroduire la question du sujet, d'une subjectivité permettant une réinscription dans une histoire, une trajectoire humaine – dramatiquement humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1 La Fabrique des exclus

Jean MAISONDIEU

Bayard éditions 1997

2 Souffrance psychique et exclusion sociale

rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique Versini,

secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion,

sous la direction de Philippe Jean Parquet, septembre 2003

3 Contexte de précarité et souffrance psychique : Quelques particularités de la clinique psychosociale

Jean Furtos

Revue Soins Septembre 1999

4 Individus sous influence (Drogues, alcools, médicaments psychotropes)

sous la direction de Alain Ehrenberg

éditions Esprit, 1991