

**SYNTHESE DE LA JOURNEE REGIONALE
RHONE-ALPES M.A.I.S.**

01.04.2010

**Exclusion, Précarité,
Souffrances Psychiques...
Quels enjeux pour l'accompagnement
médicosocial ?**

Intervenants :

Dr Méryglod, Psychiatre CMP

« *Précarité et souffrance psychique* »

Mr Pelège, Sociologue

**« *Manifestations contemporaines de la
souffrance psychique* »**

INTERVENTION DU DR N.MERYGLOD

PRECARITE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Texte de référence : « Souffrir sans disparaître », J. Furtos, in « *La maladie mentale en actes* », Erès, 2005

✓ Présentation de l'ORSPERE - ONSMP :

ORSPERE : Observatoire Rhône-Alpes de la souffrance Psychique en Rapport à l'Exclusion

ONSMP : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

Le Dr Méryglod est psychiatre au CMP de Bron, rattaché au CHS Vinatier, membre de l'ORSPERE.

Les missions de l'ORSPERE :

- Une mission de recherche, née à partir du malaise ressenti par les professionnels de terrain dans leur pratique,
- La publication de la revue « Rizome »,
- L'organisation de colloques.

1. Quelques définitions

Précarité : ce n'est pas la pauvreté. C'est une notion dynamique. Caractérisée par la perte ou la possibilité de la perte des objets sociaux : argent, logement, emploi, statut, etc. Tout individu a une part de précarité en lui, le problème se pose quand elle devient exacerbée.

Exclusion : processus dynamique. Absence de la possibilité de bénéficier des droits qui correspondent à sa situation et à son histoire. Cela peut-être au niveau du droit (ex : sans papier), d'une mauvaise connaissance des démarches à faire ou encore de l'absence d'énergie psychiquement nécessaire pour accéder à une aide.

Souffrance psychique : ce n'est pas la maladie mentale. Elle intègre aussi des notions sociales. Il s'agit d'une réaction à des difficultés de l'existence. Elle peut aboutir à une invalidité sociale mais peut aussi permettre à la personne de se remobiliser et d'être dans la vie.

Santé mentale : ce n'est pas simplement l'absence de troubles mentaux, de souffrance psychique. Il y a une notion d'équilibre psychique et de dynamique. Les facteurs biologiques, psychiques et sociaux rentrent en ligne de compte.

2. Les caractéristiques sociodémographiques en France

La précarité = 15 millions de personnes

L'exclusion = 300 000 personnes

La pauvreté = 6,4% de la population en France.

D'après INSEE, le seuil est de 681€ pour une personne seule et de 1703€ pour un couple.

3. Les différentes façons de réagir à la perte des objets sociaux

Il y a quatre façons de réagir à la perte des objets sociaux :

✓Zone 1 = INTEGRATION :

C'est le cas ordinaire. La personne est encore intégrée, encore incluse. Confiance en l'avenir. Période de souffrance mais qui lui permet de continuer à vivre et de demander de l'aide.

✓Zone 2 = VULNERABILITE :

La précarité devient exacerbée. La perte d'un objet social devient possible et ne peut pas être pensée sans effondrement. Les pensées négatives empêchent de vivre. La personne « survit ». Elle a des angoisses, déprime... Anticipation catastrophique de la perte.

✓Zone 3 = ASSISTANCE :

La perte des objets sociaux est réelle. Les pertes sont compensées par les aides sociales. Confiance en l'avenir variable. Le lien social est préservé. Symptômes psychiques réversibles (honte, découragement).

✓ **Zone 4 = DESAFFILIATION :**

La perte d'objets sociaux et les mécanismes de survie tendent à dé-subjectiver la personne (auto exclusion). La souffrance extrême pousse le sujet à se couper de lui-même. Triple perte de confiance : en soi, en l'autre et en l'avenir. La souffrance n'est plus partagée de façon habituelle, mais elle est le plus souvent portée par les tiers : incapacité à demander de l'aide. Symptômes psychiques et somatiques graves et potentiellement irréversibles.

Conséquences :

- Extension du champ de la clinique « au lit du malade »
- Envisager différents champs de causalité : complexité non exclusive
- Malaise des intervenants
- Naissance du travail en réseau : la souffrance psychique se manifeste au niveau du social.

4. Le « syndrome d'auto-exclusion »

Un syndrome est un ensemble de signes cohérents. Il s'agit pour le syndrome d'auto exclusion décrit par le Dr J. Furtos :

- Souffrance intolérable : mise en place de mécanismes de survie, défenses paradoxales pour ne plus souffrir. La personne se coupe d'elle-même : elle se coupe de ses sentiments, de ses émotions, de ses pensées
- Inhibition de la pensée et des émotions.
- Anesthésie partielle du corps : la personne ne ressent plus son corps même en cas de blessure constatable.
- Troubles du comportement et passage à l'acte : alcoolisations, violence...
- Rupture active avec la famille et les proches.
- Abolition de la honte : la personne n'exprime plus de honte.
- Incurie = absence du souci de soi. La personne ne se lave plus, ne prend plus soin d'elle, ni de son logement.

- Incapacité à demander de l'aide ; parfois l'aide est même refusée quand elle est proposée.
- Réaction négative thérapeutique : les personnes peuvent aller encore plus mal quand on commence à les aider.
- La personne n'est jamais là où on l'attend.
- Et à force de ne pas prendre soin d'elle, parfois, la personne meurt ou disparaît. La mortalité est très élevée chez les personnes sans domicile, surtout chez les jeunes, avec des morts souvent violentes.

5. Les enjeux dans la prise en charge

Les situations précaires sont difficiles parce qu'inhabituelles et paradoxales.

Deux types de réactions extrêmes des intervenants :

- Le découragement : « on ne peut plus rien faire »
- *L'interventionnisme forcené : « on ne saisit pas ce qui fait problème »

Il n'y a pas de recette pour une bonne prise en charge des personnes, mais des éléments à avoir en tête :

- La notion de temporalité : la plupart des situations où les personnes sont en souffrances ont besoin de temps pour évoluer. La temporalité est différente pour chaque personne. Contraste avec la société actuelle basée sur la productivité et l'immédiateté. La temporalité, c'est le temps qu'il faut, ce n'est pas déterminé à l'avance.
- L'importance du travail en réseau : étymologiquement, réseau signifie « filet ». Plusieurs difficultés : on ne sait pas trop la place de chacun, on peut être amené à penser que l'autre travaille mal, la personne fait vivre des choses compliquées à chaque intervenant. Les difficultés du partenariat sont souvent le miroir de la souffrance de cette personne (le plus souvent non exprimée). Ne pas être trop rigide pour que la personne puisse bouger, mais pas trop lâche pour pouvoir tout de même saisir la personne et travailler avec elle.

- L'importance de garder des espaces de pensées : les situations précaires mettent à mal en permanence l'institution et ainsi les professionnels. Conserver les temps de réunions, d'analyse de la pratique et ne pas les supprimer sur le compte de la productivité ou de la rentabilité. Il faut continuer à protéger ses espaces : il en va du bien être du service dans la durée.

6. La souffrance portée

Une personne en grande souffrance va parfois ne plus pouvoir exprimer une demande d'aide. Quand la souffrance ne peut plus se dire avec des mots, le malaise est ressenti par les intervenants qui vont devenir le moyen de l'exprimer. Le problème de la personne est alors porté par les professionnels. Des clivages peuvent avoir lieu entre professionnels d'un même service ou de services différents. Ces clivages, une fois décryptés, peuvent servir à aider la personne accompagnée. Quand l'accompagnement est au plus proche : il se passe quelque chose pour la personne. Quand on aide les personnes et qu'elles continuent à aller mal : on se demande qui est responsable.

7. La question de la causalité

La causalité d'une souffrance est importante mais elle ne suffit pas.

Par exemple, dans une situation où une personne est déboutée de sa demande d'asile, elle est sans papier et en souffrance. A force de se battre, le tribunal lui donne un statut. Sa première cause évidente de souffrance disparaît alors. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la personne, au lieu d'aller mieux, va plus mal encore. En effet, avec la perte de sa cause de souffrance la plus évidente, toutes les souffrances de son exil, de son histoire, ont alors la place de se déployer.

Donc, en pratique, même si la causalité peut paraître intéressante, elle ne doit pas se suffire.

INTERVENTION DE MR P.PELEGE

MANIFESTATIONS CONTEMPORAINES DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Textes de référence :

- « Dépression et société, la société du malaise », O.Jacob, 2004 et 2010.
- « L'insécurité sociale », R. Castel, Seuil, 2007.
- « Prendre soin de la jeunesse et des générations », B.Stiegler, Flammarion, 2008.
- « La souffrance en France, la souffrance au travail », Seuil, 2000 et 2009
- « La déprime des opprimés » P. Coupechoux, Seuil, 2009.

1. Contexte sociologique

- On est dans l'ère des « 30 piteuses », par opposition aux « 30 glorieuses »
- La crise du secteur social a mis 30 ans à arriver.
- Nous sommes dans une société insécurisée où la question de l'assurance se pose constamment.
- Le sentiment d'incertitude est accentué par les médias qui grossissent un événement
- La société peut être qualifiée de « société liquide » par opposition au solide, la société qui s'effrite...
- La souffrance est médicalisée et psychopathologisée : processus de mal-être autre que la maladie.

2. Le champ du handicap au carrefour de 3 socio - logiques :

- Les visages de la pauvreté et de la précarité :

Rupture des protections rapprochées, dé-liaisons familiales et sociales, effondrements internes, désaffiliation économique, fragilités socio-économiques, relationnelles et symboliques.

- Recomposition du champ de l'action sociale et sanitaire :

Réorganisation du secteur hospitalier, développement des services d'aides à domicile, hôpitaux de jour, diminution des lits, réorganisation politico-administrative avec la mise en place des ARS, décentralisation et déconcentration.

- Du coté des usagers et des patients :

Naissance de nouvelles formes de handicap avec des pathologies chroniques, des maladies invalidantes, et vieillissement des personnes handicapés et des personnels.

Brouillage des classifications et des frontières autour des champs de la précarité, de la psychiatrie et du handicap.

Consommation de produits, troubles du comportement.

3. Les enjeux pour les usagers et les praticiens

- Logique d'hospitalisation ou d'hospitalité ?
- Prise en compte éthique de l'existence de ces failles et de ces ruptures : « on prend l'autre là où il en est » avec une prise en compte de ses potentiels et de ses facultés
- La notion de « prise en compte » est différente de celle de « prise en charge »
- Choix de la multidisciplinarité avec de nouvelles pratiques sociales de travail en réseau, appuis sur des pratiques communautaires (modèle de boutique, réseaux villes/hôpital, réseaux de soins, etc.)
- L'aide psychique aux aidants est primordiale.