

# 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 (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. ■