

Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale

Jean FURTOS

Psychiatre des hôpitaux

Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale (Onsmp - Orspere)

Centre Hospitalier, Le Vinatier, Bron-Lyon (France) ¹

I - Introduction et préalables

Les psychiatres et les psychologues n'ont pas nécessairement la légitimité et la capacité de « faire » la santé mentale, surtout si cette dernière ne se résume plus à une reprise euphémisée de la psychiatrie, future citoyenne, et si elle doit être revue et corrigée à l'aune de la précarité. Je précise, en ce qui me concerne, que ma position à l'Orspere-Onsmp, avec mes collègues pys et non pys, consiste essentiellement à travailler avec ceux qui travaillent en première et en seconde ligne de cette santé mentale au sens large, et qui sont pour partie des praticiens non soignants *prenant soin* de leurs concitoyens au sein de leur professionnalité : travailleurs sociaux, bailleurs et tant d'autres, sans compter l'implication des élus.

Pourtant, on ne comprendrait pas la défausse des cliniciens pys s'ils renâclaient à amener une contribution consistante aux pratiques de ce champ, en vertu de leur compétences et de la manière dont ils intègrent la complexité des partenariats en ce domaine : au-delà de l'hétérogénéité des rôles et des professions, comment ne pas voir une convergence des processus et des objectifs ?

C'est dans cet esprit que je présente une contribution

sur les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale.

Pourquoi « effets cliniques » ? Parce qu'un contexte qui reste à définir, celui de la précarité, a des effets psychiques, à différencier d'une perspective étiologique ou causaliste de nature médicale.

Pourquoi « souffrance » ? Parce qu'il s'agit d'un mot de sens commun qui n'a pas besoin d'être défini et qui ne se déduit pas d'une localisation anatomique, comme la douleur organique d'une rage de dents ou d'un rhumatisme chronique ; il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut certes accompagner une douleur organique mais aussi l'humiliation, le mépris social, ou pire l'indifférence.

Cette souffrance est « psychique » parce qu'elle est soumise au travail psychique qui peut être sidéré, comme dans le traumatisme traumatisant, ou plus ou moins élaboré.

Cette souffrance est enfin « d'origine sociale » parce qu'un individu isolé, ça n'existe pas : on est toujours au moins à la marge d'un groupe, avec toujours à l'horizon une appartenance ou une exclusion possible

de cette groupalité qui est de nature politique. Ceci est d'autant plus important à ce point de notre histoire où l'on note « une intensification du social » (Jean de Munck).

Dans l'ouvrage *Malaise dans la culture*, qui est loin d'être démodé, Freud évoque précisément la souffrance d'origine sociale comme le type de souffrance le plus difficile à accepter par le sujet humain : « La souffrance issue de cette source (les relations avec d'autres hommes), nous la ressentons peut-être plus douloureusement que tout autre... »². Il la définit en rapport avec « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux » (famille, état, société, ...). Si l'on espère que ces dispositifs ne règlent jamais l'intégralité des relations interhumaines, des régulations suffisamment bonnes sont pourtant nécessaires et souhaitées. En 1951, Heidegger remarquait que cette souffrance (qu'il qualifiait de « déchirement »), demeurait voilée dans une conjoncture mondiale sinistre ; mais les dispositifs sociaux et le niveau des consciences permettaient encore que ce voilement de la souffrance reste lui-même voilé, de sorte que la déchirure du déchirement n'atteignait pas encore « l'homme dans son être, malgré la souffrance indicible, malgré la détresse dont un trop grand nombre souffre ! »³.

Le moins que l'on puisse dire est qu'il n'en est plus ainsi : le voilement de la souffrance s'est collectivement déchiré, avant même que la conscience collective ne puisse analyser les mutations de la culture. Dans le contexte actuel, depuis la fin des années 1980, la question d'une souffrance psychique d'origine sociale est advenue sur le devant de la scène d'une façon croissante, et d'abord, pour nous, par le malaise des intervenants dans le travail social et psychique, c'est-à-dire sur une scène clinique, celle que nous avons commencée d'observer en France.

C'est en effet curieusement par le malaise des intervenants que le malaise dans la culture nous a interpellés. En ce qui me concerne, l'aventure a commencé un jour de 1993, lorsqu'une responsable infirmière de haut niveau de l'Hôpital le Vinatier à Lyon-Bron, Jacqueline Picard, s'est adressée à moi en ces termes « *Monsieur Furtos, il faut nous aider à comprendre : il y a de nouveaux patients qui viennent dans les Centres médico-psychologiques, et nous ne savons pas comment les aider, ils ne souffrent plus comme avant* ». Cette professionnelle à forte exigence éthique faisait allusion aux difficultés du travail avec les chômeurs de longue durée, les bénéficiaires d'allocations sociales de type R.M.I.⁴ et les jeunes en difficultés envoyés par les missions locales. Toutes ces personnes, orientées par des travailleurs sociaux qui ne savaient plus quoi faire en termes de réinsertion, n'allaient pas bien, à l'évidence, mais pas forcément dans le cadre d'une maladie mentale dûment authentifiée, si ce n'est un mal-être vague et certain à la fois, une difficulté à agir colorée d'une tonalité dépressive ou persécutoire, et quelquefois des troubles du comportement. En somme, en première analyse, l'impuissance professionnelle des travailleurs sociaux constituait le pivot de l'orientation, la genèse de ce que nous avons

appelé par la suite « la clinique psychosociale », avec un transfert d'impuissance et d'indétermination sur d'autres professionnels qui nécessitait un travail en réseau. Récemment, lors d'un congrès à Paris, un sociologue de Montréal faisait état d'une grève des policiers de sa ville qui ne pouvaient supporter que trop de personnes pauvres et précaires cherchent à leur parler par téléphone ou directement, ce qui les empêchait de faire leur métier : mais justement, aujourd'hui, on ne peut faire son métier de première ligne que si l'on accepte d'abord d'écouter une souffrance psychique d'origine sociale qui se dit là où elle peut être entendue, et pas seulement avec des mots... Les policiers de Montréal sont eux aussi immergés dans la clinique psychosociale, mais ils ne le savent pas, ou ne veulent pas le savoir : ils ne sont vraisemblablement pas les seuls !

C'est par l'interpellation à partir d'un malaise professionnel que tout a commencé pour nous, d'abord par l'organisation du 1er colloque français sur la question, en 1994⁵, puis par la fondation de l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, Orspere, qui reste son « petit nom » malgré sa transformation en Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, Onsmmp, en 2000. Notons qu'il s'agit bien d'observer les **pratiques**, de les penser avec des professionnels qui expriment simultanément un malaise dans le cadre de leur travail et le refus de baisser les bras, car le risque est celui du renoncement, au motif de refuser le malaise et au nom de l'argument qu'il s'agirait d'un problème politique, ce qui est rigoureusement vrai ; mais il n'en reste pas moins que la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels qui les reçoivent. S'agit-il de quelque chose de psychique, de social ? Il s'agit des deux, bien entendu, mais comment tenir les deux aspects, sinon d'abord par des éléments suffisamment cohérents de compréhension pour intégrer et dépasser le douloureux sentiment d'impuissance professionnelle des intervenants de première ligne : ce sont eux qui portent, dans leurs difficultés assumées, quelque chose d'important susceptible de nous informer avec précision sur la clinique comme sur la situation du monde à partir de ceux qui y vivent mal. Dans le Rapport Strohl-Lazarus (1995)⁶ : « *Ces souffrances qu'on ne peut plus cacher* », le mal être des intervenants y était présenté comme le point de départ d'une « urgence objective à traiter la question ». Ce malaise n'a pas cessé aujourd'hui, il se développe, s'amplifie, se généralise. L'urgence subjective continue de poser un problème collectif **clinique et politique**. Dans le contexte dont nous parlons, cette urgence est corrélée à la notion de précarité qui est « la misère des pays riches », à différencier de la pauvreté, bien que la pauvreté en soit affectée et souvent aggravée.

● Précisions sémantiques

La précarité sociale ne doit pas être confondue avec *la pauvreté*, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée, seuil arbitrairement défini qui varie selon que l'on est en France, en Belgique, aux Etats-

Unis, etc. : si l'on gagne moins de « x », on sera classé dans la catégorie des pauvres. La pauvreté n'empêche pas la culture, bien qu'il soit difficile de vivre pauvrement dans une société riche. En tout cas on doit reconnaître qu'il est possible de vivre sans précarité dans une société pauvre, et qu'à l'inverse on peut vivre précaire dans une société riche⁷; par contre, ce que l'on appelle « grande précarité » est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère. Du point de vue épistémologique, il convient de différencier *la précarité sociale*, portée par la question des statuts sociaux précaires, de *la précarité psychologique et existentielle*.

Il y a certes une corrélation entre la précarité sociale (précarité statutaire et monétaire, délocalisation, etc...) et la précarité psychique, mais d'une façon non mécanique. Il convient de distinguer, et ce point est important, la précarité psychique « normale », qui se situe sur le versant de la vulnérabilité ordinaire de l'être, et qui signifie que personne ne peut vivre seul, et la précarité exacerbée que nous rencontrons aujourd'hui via le malaise des professionnels, mais pas seulement de cette manière.

La précarité « normale » est constitutive de l'être humain ; le paradigme en est celle du bébé vis-à-vis des adultes tutélaires : il ne peut rien seul sur le plan physiologique qui est toujours attaché aux besoins affectifs, ce qui aboutit rythmiquement à une détresse ordinaire qui en appelle à l'autre et qui fonde à la fois le lien, le plaisir du lien et son ambivalence ; car la précarité repose à l'origine sur la détresse, l'impuissance, l'incomplétude et l'obligation d'une dépendance vis-à-vis des besoins de base, ce qui entraîne l'exigence d'une reconnaissance réciproque : être considéré comme digne d'exister dans son groupe d'appartenance (d'abord la famille, elle-même englobée dans des groupes de plus en plus vastes), et à partir de là d'exister en humanité. Sur ce plan, nous restons des bébés toute notre vie durant. On note que *cette vulnérabilité essentielle de l'humain est toujours liée à la possibilité de sa non reconnaissance, c'est-à-dire à l'exclusion*. Mais lorsqu'elle fonctionne bien, la précarité constitutive aboutit à une *triple confiance* : confiance en l'autre qui est là quand on en a besoin, confiance en soi-même qui a de la valeur, puisque l'autre s'en préoccupe lors des situations de détresse, et confiance dans l'avenir puisque d'autres situations de détresse pourront entraîner le même type de rapport liant et aidant. L'ensemble donne confiance dans le lien social qui porte la possibilité d'un avenir en société. Cette triple confiance est à *la racine d'un narcissisme ouvert à l'altérité et à la temporalité, c'est-à-dire non autarcique*. Dans le contexte actuel et selon l'histoire de chacun, cette précarité normale se transforme volontiers en *précarité exacerbée, susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance* : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît (« no future »). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le titre provocateur de ce congrès international de Bruxelles : « *jusqu'ici, tout va bien* ».

Du fait de l'atténuation de la confiance, **l'obsession collective qui définit une société précarisée** devient celle de la perte possible ou avérée de ce que nous appelons les **objets sociaux**. Qu'est-ce qu'un objet social ? C'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la retraite, le logement, la formation, les diplômes, les troupes, les biens. On en a ou pas. On peut les avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social, c'est une forme de sécurité, comme l'avait bien décrit le rapport Wresinski en 1997⁸, qui est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs qui fait à la fois statut et lien. Il permet une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec l'objet social comme on joue avec un ballon. Lorsque j'évoque la perte de l'objet, je n'évoque pas la perte du ballon en termes d'avoir, car, pour reprendre cette métaphore, on peut toujours trouver un autre ballon ou construire un ballon de fortune. Je n'évoque même pas la perte du terrain de jeu, car on peut toujours jouer sur n'importe quel espace en décidant qu'il s'agit d'un terrain de foot. Je parle de l'horizon le plus grave, celui de la perte de la capacité à jouer pour de vrai à l'humain, à travers des médiations, en un lieu et avec d'autres humains ; cet horizon est encore une fois celui de l'exclusion, le maître-mot de cette contribution.

II – Les trois modalités cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale

Il est maintenant possible d'envisager plus précisément *les effets de la souffrance psychique d'origine sociale* chez l'individu en contexte de précarité. On observe schématiquement trois modalités possibles de la souffrance devant la perte possible ou avérée des objets sociaux, car c'est un fait que la souffrance est liée à la précarité de ce qui fait un monde pour un sujet.⁹

1) La souffrance peut stimuler, aider à vivre, comme le « bon stress ». Dans ce cas, il faut admettre que le sujet est structuré sur la position existentielle suivante : « *quoi qu'il arrive, je m'en sortirai* ». Il y a conscience de la précarité, conservation du lien, conservation surtout de la possibilité de la demande d'aide en cas de perte et de souffrance, avec des mécanismes convenables de capacité de deuil, de déception, de désillusion et de nouvelles illusions créatrices d'avenir, car la plus grande des illusions, c'est de croire qu'on n'en a plus. Cette position ne repose pas sur la responsabilité du seul sujet, mais sur l'histoire ancienne et actuelle de ses étayages sociaux. La souffrance non pathologique, c'est celle qui permet d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans la suite des générations.

2) Le deuxième type de souffrance commence d'em-pêcher de vivre. Il a été décrit dans deux milieux : d'une part, dans le cadre de la souffrance au travail, par les médecins du travail, dans une sorte de clinique

psychosociale relativement invisible, sans perte des objets sociaux ; et d'autre part dans le registre de la précarité sociale, avec des personnes déjà en difficulté sur le plan de la perte des objets sociaux. Cette modalité du souffrir est construite selon le registre existentiel suivant : « *si je perds, (ou si j'ai perdu), je suis foutu* ». Dans le cas des personnes encore au travail, éventuellement avec une position haute dans la hiérarchie, on observe une dissociation entre la conservation de l'objet social et une perte avérée de l'objet psychique : quelque chose est psychiquement perdu, irrémédiablement¹⁰; nous sommes du côté de la mélancolie, car il peut y avoir une mélancolie sociale sans morbidité psychiatrique même avec des effets invalidants. On observe aussi souvent un climat de persécution sociale qui, lorsqu'il est malencontreusement validé par le politique, s'appelle « climat sécuritaire ». Le malaise peut aussi s'exprimer par de l'amertume sur le plan psychologique, de l'agressivité ou de la violence, des affections psychosomatiques diverses. Le lien social est à l'évidence en difficulté, comme en témoigne la capacité de demande qui commence de devenir très difficile, tandis que la capacité de deuil et de désillusion est entamée, de même que la capacité d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans les générations.

3) Le troisième type de souffrance est le plus térébrant, il s'accompagne des effets psychiques les plus invalidants. Il s'agit d'une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance, selon la position existentielle suivante « tout est foutu, vivons-disparaissons », ce qui entraîne des logiques qualifiées par certains auteurs de logiques de survie¹¹; il s'agit d'un mode de traitement extrême de la position mélancolique signalée ci-dessus.

Comme nous allons le voir, des signes essentiellement déficitaires sont observés mais pas exclusivement. On les observe dans tous les lieux de la scène sociale soumis à des processus d'exclusion, avec une attaque du lien, un renoncement à la demande, et une capacité de deuil atténuée. Au maximum, on observera le syndrome d'auto-exclusion, dont je vais décrire les formes les plus abouties, qui comporte de nombreux états intermédiaires.

III - Le syndrome d'auto-exclusion

Parler de syndrome c'est évoquer le regroupement d'un ensemble de signes récoltés à partir d'observations cliniques observés dans un certain nombre de situations morbides. Le syndrome d'auto-exclusion a émergé dans les études et recherches de l'Orspere que j'ai publiées depuis 1999, à partir de l'observation de nombreuses *situations* envisagées sur leur versant psychosocial, confrontée avec l'expérience d'autres cliniciens sur le versant psy comme sur le versant social. Il implique une transversalité et une pluridisciplinarité qui concerne les pys, les somaticiens, les travailleurs sociaux, les élus, les bailleurs de logements privés et publics, les associations, etc. La transversa-

lité du syndrome est à corrélérer avec le recoupement de situations d'exclusion apparemment hétérogènes, mais rapprochées par des effets psychiques identiques liés à l'exclusion.¹²

Pourquoi « auto-exclusion », sinon parce que ce néologisme introduit une duplicité sémantique de psychogenèse et de sociogenèse simultanée. Le terme d'exclusion signifie « être fermé dehors ». Sur le plan social, cela consiste en effet à être objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, cela revient à avoir le sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité, laquelle s'inscrit toujours dans un groupe social ou sociétal particulier. Le terme « auto » renvoie à une activité psychique autonome, car tout en subissant la situation d'exclusion, *le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité* pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir, transformant ainsi le subir en agir. Cette activité psychique qui répond à l'environnement social, et simultanément à l'histoire du sujet, laquelle est toujours elle-même liée à une structuration psychosociale en construction et/ou en déconstruction, est une manière de reprendre ce qui a été décrit par d'autres auteurs sur le versant de la désocialisation.¹³

1- Dynamique générale du syndrome d'auto-exclusion

Grâce à l'observation fine *du début* des situations cliniques observées et par leurs effets sur les aidants, on peut authentifier un point d'enclenchement du syndrome. Il se passe très explicitement *une perte de courage*. Ce découragement observable et parlable par le sujet, assez souvent réversible au début, se traduit peu à peu par un désespoir absolu qui, lui, ne peut plus s'exprimer en mots et qui est défini comme la disparition absolue du pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). Le sujet passe ainsi d'une logique de vie, soumise au principe de réalité et au principe de plaisir, à une logique de survie (ou de survivance) qui consiste à sortir du principe de réalité-plaisir pour vivre selon une autre logique¹⁴, certaines choses apparaissant plus importantes que la vie elle-même. Le renoncement porte sur beaucoup de choses sauf sur une : la conservation d'un idéal normatif qui ne peut plus être confronté à sa réalisation, même partielle, de par l'impossibilité de la déception, ce qui entraîne de fait une impossibilité d'agir en direction du souhaitable. Presque tous les symptômes du syndrome d'auto-exclusion sont déficitaires.

Pour ce faire, le sujet s'oblige à sortir de lui-même, il disparaît, mais cette disparition n'est jamais totale puisque le sujet se manifeste dans sa manière même de disparaître, toujours personnelle ; ce qui n'empêche pas une montée en généralité de la description sémiologique. Ce mouvement est observable au sein de l'accompagnement social et psychique qui existe dans

les pays qui ont encore une politique sociale : il faut bien qu'il y ait quelqu'un de présent pour observer la disparition du sujet et pour s'en préoccuper.

Le désespoir implique une *déssubjectivation* qui se manifeste par un *clivage* au moi : le moi ne veut plus rien savoir de lui-même, ce qui nécessite un *déni*, c'est-à-dire une déconnection du sensoriel et du psychique, l'impossibilité de la prise en compte psychique d'une réalité affectant le corps et l'être corporel. *Nous ne sommes pas dans le registre du refoulement, c'est à dire de l'oubli et de la névrose, mais dans celui du clivage de nature traumatique, d'une horreur qui ne peut être représentée. La plus grande horreur, pour un humain, sa plate-forme traumatique commune, c'est de ne pas être reconnu comme tel, c'est-à-dire respecté comme un humain par les humains de son groupe d'appartenance* ; et cela, quelle que soit la forme sociale du traumatisme manifeste.

Les signes directs de la déssubjectivation consistent en une *déshabitation de soi-même* ; où passe « soi-même », nous le verrons plus loin. On comprend que cette déshabitation entraîne fréquemment des troubles de l'habiter et de l'habitat, au sens prosaïque du terme.

2- Les trois signes directs de la déshabitation de soi

Ils portent sur le corps, les affects et la pensée.

Premier signe : *anesthésie ou hypoesthésie* corporelle qui peut être impressionnante, bien connue de ceux qui travaillent avec la grande exclusion, à différencier de l'hystérie où le trouble est symbolique ; à différencier également des carences alimentaires neurotropes, comme par exemple dans l'imprégnation éthylique de longue durée. Cette anesthésie empêche de sentir les douleurs somatiques et organiques, mais surtout, et c'est sa finalité, d'être affecté par des affects et des émotions qui sont toujours à expression corporelle. La souffrance est ainsi déniée.

Le premier signe est donc intrinsèquement lié au second comme l'avert et l'envers d'un même mouvement : *à l'anesthésie est associé un émoussement affectif ou, à l'inverse, une hypomanie*, c'est-à-dire une excitabilité permanente.

Cette hypoesthésie et les troubles qui l'accompagnent sont la plupart du temps réversibles, tout au moins au début de l'installation du syndrome. Ils sont bien connus des médecins travaillant avec des gens de la rue, mais on les observe aussi chez les psychotiques ; ceux-ci sont capables d'avoir une hypoesthésie dans les moments où ils vont très mal sur le plan de l'angoisse psychotique et du retrait défensif, ce qui les conduit à ne plus souffrir, donc à ne plus ressentir ; comme tout un chacun, le sujet psychotique peut en effet avoir le sentiment d'exclusion hors de la commune humanité, amené par les interactions concrètes et symboliques vécues dans l'environnement.

Je donne deux exemples de cette anesthésie du syndrome d'auto-exclusion :

Premier exemple : cet homme de la rue, proche de la soixantaine, diabétique, commence une gangrène du gros orteil. Il est amené dans un service de chirurgie, mais il refuse l'intervention en déniant la lésion mortifiée pourtant noire, évidente, et normalement très algique ; les chirurgiens, les anesthésistes ne se sentent pas de force pour l'obliger, et le laissent fuguer peu après son entrée. Il reviendra au bout de trois mois avec une gangrène jusqu'à mi-mollet, mais refusant toujours l'opération car « il ne s'agit de rien de très grave ». Il sera amputé de la jambe « grâce » au déclenchement d'une septicémie à germes négatifs. Il terminera sa vie dans une maison de retraite en refusant une prothèse qui aurait signé la perte déniée.

Deuxième exemple : une femme souffre d'hallucinations chroniques, ce qui ne l'empêche pas de s'occuper du quotidien de sa vie et tout particulièrement de ses deux enfants ; elle est mise sous traitement neuroleptique. Après quelques semaines de traitement, elle dit à son psychiatre : « c'est curieux, maintenant, depuis cette piqûre, je sens le soleil sur ma peau ». Cela signifiait qu'avant l'instauration du traitement, elle ne sentait pas le soleil sur sa peau, ce que son thérapeute ignorait. Les neuroleptiques, diminuant l'angoisse psychotique, diminuaient en même temps les signes de disparition de soi-même de cette femme.

Le troisième signe est *l'inhibition intellectuelle*. Fait important, il s'agit d'une mise hors circuit de l'intelligence due au clivage, et non de troubles de la pensée schizophréniques, démentiels ou encéphalopathiques. L'inhibition intellectuelle du syndrome n'a rien à voir avec ces diagnostics différentiels. La preuve en est l'accès à l'intelligence à l'aide de médiations non langagières ou la levée de l'inhibition.

En voici un exemple : cet homme de la rue est en état d'hypomanie permanente (deuxième signe), évidente lorsqu'il est en entretien. Sur le plan intellectuel, il semble ne rien comprendre. L'intervenante sociale qui le suit sur le plan du RMI est en difficulté car il s'agit de faire un nouveau contrat de RMI, sinon ce dernier risque d'être interrompu. Mais le dialogue est impossible sur ce plan. Je dis à l'intervenante qui m'en parle en analyse de la pratique que, manifestement, ce sujet ne veut pas communiquer avec elle par la parole, alors que quelque chose est peut-être possible autrement, puisqu'il aime écrire, selon ce que j'en comprends. L'entretien suivant, l'intervenante sociale, constatant la même excitation lorsqu'elle s'adresse à lui, lui dit : « Mr.Untel, est ce que vous êtes conscient que vous ne voulez pas me parler ? » ; il s'arrête dans son excitation, regarde son interlocutrice avec attention, et fait trois gestes avec ses deux mains : il se bouche successivement les oreilles, les yeux et la bouche, le message est clair et évident ! L'intervenante a alors l'idée de lui poser une question par écrit : « que signifie pour vous le silence et la parole ? ». Il répond en quelques minutes par un plan de dissertation d'une grande pertinence, qui aurait pu être développé en plusieurs heures... Un

nouveau contrat RMI sera alors discuté par écrit. J'arrête cette vignette qui montre comment ce sujet se coupait de son intelligence sur le plan verbal et pragmatique, tout en conservant une capacité de penser qui restait disponible avec brio, mais clivé de son moi quotidien, si je puis dire.

3- Les manières de vivre avec cette déshabitation de soi-même sont de l'ordre des défenses paradoxales

Le paradoxe est utilisé lorsque le narcissisme se construit, et l'on parle alors de *paradoxe intégrateur*, bien décrit par les psychanalyses d'enfants, comme par exemple la capacité d'être seul en présence d'autrui (Winnicott) ; mais il est également utilisé lorsque le narcissisme est en danger et se détricote, et l'on parlera de *défenses paradoxales*.¹⁵

Il convient de bien distinguer le paradoxe et la contradiction logique. La contradiction est constituée par deux affirmations ou deux comportements logiquement incompatibles impliquant la présence d'un tiers exclu. Par exemple, il fait jour ou nuit à un moment donné, je fais ceci ou cela. Le paradoxe n'est pas une contradiction car les antinomies *apparentes* se situent à des niveaux logiques différents et permettent de comprendre l'étymologie du mot « paradoxe » : à côté, contraire à l'opinion commune. Il ne faut pas confondre non plus les défenses paradoxales avec le double lien décrit par l'école de Palo Alto, qui est en quelque sorte un paradoxe pervers, paradoxant et immobilisateur (« faites ça, mais ne le faites pas »). Au contraire, le paradoxe intégrateur comme les défenses paradoxales permettent à un sujet de progresser par la construction narcissique de lui-même ou de se défendre lorsque le narcissisme est en danger.

● Les signes paradoxaux

Je donnerai d'abord un *exemple démonstratif* de ce que peut être une *défense paradoxale*, pour que l'on comprenne bien comment le paradoxe nous conduit dans un monde effectivement à l'envers, à l'envers de l'opinion commune.

Voici un homme de la rue qui se promène dans une grande ville de France avec une hache et un couteau. Il fait le vide autour de lui, ce que l'on comprend fort bien. Personne n'ose lui parler. Un jour, cependant, une jeune psychologue s'adresse à lui, avec le courage ordinaire de la parole, et lui demande en français courant : « Monsieur X., pourquoi portez vous une hache et un couteau ? ». A cette question simple, il répond simplement : « C'est pour ne tuer personne ». Et il explique qu'il se sent très agressif, avec le sentiment qu'il pourrait faire du mal à ceux qui s'approcheraient trop près de lui. En somme, pour ne faire de mal à personne, il fait peur pour mettre les passants à distance de sa propre violence. Une pensée éthique motive la hache et le couteau. Le paradoxe est là, il aboutit à un comportement dont la signification est à

l'envers de l'opinion commune. En quelque sorte, cet homme n'arrivait pas à se cliver suffisamment de ses pulsions agressives, ce qui l'obligeait d'instaurer une défense paradoxale au coût exorbitant en termes de lien social.

Il existe d'autres signes paradoxaux plus ordinaires, moins impressionnants, absolument indispensables à comprendre et à intégrer dans la pratique.

● Premier signe paradoxal ordinaire : la non demande.

Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres. Dans ce savoir-faire, il y a notamment *la demande portée par un tiers*, par exemple la demande d'un travailleur social qui, au bout de plusieurs semaines ou mois, arrive à accompagner en service d'urgence médicale un homme ou une femme qui va très mal sur le plan de la santé. Si le médecin méconnaît la place du tiers et veut d'emblée parler seul avec « le patient », pour des raisons de confidentialité, celui-ci lui affirmera sans ambages « qu'il va très bien ».

La demande peut aussi être portée par le thérapeute ou l'aidant. Ainsi, un homme reclus dans sa chambre de foyer social depuis 9 ans est sur le point d'être expulsé : il reçoit un psychiatre et une infirmière, à la demande de l'assistante sociale de la mairie. Après une entrée en matière qui permet une rencontre suffisante pour un accroche et une continuation possible, le psychiatre demande à cet homme : « voulez vous que je revienne vous voir, je pense que cela peut vous aider ». L'homme lui répond « non. Je ne veux pas. Mais vous, est-ce que vous le voulez ? ». Le psychiatre répond : « oui, je le souhaite ». Il porte ainsi la demande, qu'il ressent d'ailleurs, et l'homme répond alors : « vous serez le bienvenu ». Un soin pourra être entamé et continué. Il aurait été malencontreux que le thérapeute réponde à cet homme : « comment, vous avez 50 ans, et vous ne savez pas si vous voulez recevoir un médecin ! Quand vous le saurez, vous me téléphonerez, voici ma carte ».

Globalement, sur ce point de la non demande des personnes qui auraient besoin d'aide, je dirais qu'il convient de naviguer entre deux extrêmes : d'une part, l'arrogance violente d'un droit d'ingérence de principe, et d'autre part, l'attente d'une demande en bonne et due forme qui, dans certains cas, constituerait une forme d'euthanasie passive. En tous les cas, avec les données de l'état de la clinique actuelle, on peut considérer que c'est une faute technique de ne se sentir mobilisé qu'avec une demande directe correctement formulée, sans considérer la demande portée par un tiers ou sa propre perception ; à l'inverse, intervenir trop vite au nom de la non demande peut constituer une intrusion violente qui va faire se décompenser une

situation précairement équilibrée. La conduite à tenir n'est pas écrite dans les livres mais dans une négociation au cas par cas où la solution est locale, faite de préoccupation pour la personne et de respect des défenses. Cela nécessite du temps et de l'intelligence collective.

- **Deuxième signe ordinaire de paradoxe : la réaction thérapeutique négative.**

Plus l'aide aide, plus la personne va mal ; plus la situation s'améliore concrètement, par exemple sur le plan social (retour à l'équilibre monétaire, retour dans un logement), plus la situation psychosociale se dégrade. Si bien que l'on doit en tirer la leçon suivante : lorsqu'on aide un sujet en auto-exclusion, il faut certes espérer un heureux dénouement ou une moins mauvaise situation, mais ne jamais l'attendre avec insistance, ne jamais attendre un bon résultat immédiat pour se faire plaisir sur le plan professionnel : *l'obsession d'un idéal normatif du thérapeute apparaît comme un danger pour le seuil d'équilibre actuel du sujet en auto-exclusion.* L'idéal du moi de la personne existe toujours, d'une interprétation variable sur le plan psycho dynamique, mais il n'est pas confrontable à sa réalisation car la désillusion est devenue intenable ; de ce fait, certaines prises de risque ne sont plus possibles pour le sujet. C'est plutôt l'intervenant qui doit prendre le risque de ne pas vouloir à tout prix une normalisation des écarts normatifs.

- **Troisième signe paradoxal ordinaire : l'inversion sémiologique des demandes.**

La présentation de ce signe est assez simple : un travailleur social reçoit les confidences intimes d'une personne en grande difficulté, portant par exemple sur des violences dans l'enfance ou des sévices sexuels subis. Le travailleur social, impressionné par ce dépôt qu'il reçoit dans sa propre chair psychique, sans y être préparé, a tendance à orienter *immédiatement* la personne vers un psychiatre, à qui sera exprimée... une demande de logement et de travail qui lui fera réorienter la personne vers un intervenant social. C'est l'inversion de la demande, et il convient de l'accepter : il est logique que quelqu'un qui a congelé (clivé) ses affects psychiques ne souhaite pas qu'un psy travaille à les réchauffer, ce qui le ferait souffrir plus qu'il ne peut le supporter, et qu'il préfère les donner en dépôt à la psyché d'un travailleur social qui pourra les porter, en souffrir, d'où son malaise, et peut-être orienter ultérieurement sur un travail psychique, quand le temps sera venu. A l'inverse, il est sans doute important qu'un psychiatre puisse comprendre que lorsqu'un sujet en grande difficulté psychosociale demande un logement, il s'agit aussi de sa manière d'interroger comment habiter son corps, sa sexualité, les éléments transgénérationnels de sa vie, comment habiter son voisinage, etc. Il faut en tout cas admettre que des vécus psychiques intimes dits à un travailleur social, à un non psy, sont peut-être bien dits *au bon endroit*, à charge pour la personne qui la reçoit de savoir comment porter ce dépôt psychique et comment poursuivre la relation professionnelle en transformant sa pratique mais sans changer de métier pour autant, tout en connaissant ses limites.

4- Autres signes de désocialisation favorisant l'exclusion

- **La rupture des liens+++**

Le sujet passe une grande partie de son temps à rompre les liens. Liens avec les proches, la famille, les amis, les aidants ; toute la question revient à comprendre quel type de proximité reste encore possible pour tenir une relation qui n'entraîne pas nécessairement de nouvelles ruptures, une nouvelle errance, un nouveau retrait. *Exemple* : dans un centre d'accueil de jour pour personnes de la rue, un ancien homme de la rue travaille comme homme de ménage ; il est bien intégré dans l'équipe, amical, efficace, avec peut-être simplement une avidité alimentaire remarquée à l'occasion des repas, mais il n'est pas le seul... Un jour, par hasard, il rencontre dans la rue sa femme et ses filles, avec lesquelles il avait rompu depuis longtemps. Il ne s'y attendait pas. Cette proximité non maîtrisée le conduit à quitter immédiatement son travail, à ne plus y revenir malgré une lettre de rappel du directeur. Huit jours après, on le voit Place Bellecour, à Lyon, en train de faire la manche, comme autrefois. Le lien, même visuel, avec ses anciens proches, sa famille, était devenu impossible à tenir.

- **L'errance et l'incurie**

L'errance n'est pas à confondre avec voyager ou faire la route. Sur le plan phénoménologique, l'errance est une fuite permanente au dehors, une fuite du lien tout en le conservant en permanence à la conscience. *Etre proche d'un proche en le fuyant, c'est un paradoxe. A l'errance au dehors s'oppose l'incurie au dedans*, le fait de rester « chez soi » sans pouvoir habiter son appartement, son logement, son squat, autrement que sous le mode de l'incurie ; l'incurie révèle la manière singulière de ne pas habiter. L'un des signes majeurs de l'incurie est l'accumulation de déchets de toute nature, accompagnée de négligences bénignes ou malignes (pouvant aboutir au décès). L'isolement chez soi et la négligence de sa propre personne sont des signes aussi importants que l'errance et probablement quantitativement plus répandus.¹⁶

- **L'abolition de la vergogne**

Il y a une mauvaise honte dont on pourrait idéalement se passer, j'entends la honte par humiliation, cette blessure de l'être qui conduit à un sentiment de dépersonnalisation et de disparition de soi-même. Mais il s'agit ici d'une autre honte : la « bonne honte » ou vergogne, dont on peut comprendre la signification lorsque l'on dit à quelqu'un qui ne tient pas ses engagements : « vous devriez avoir honte Monsieur ». On dira de lui qu'il s'agit d'un « homme sans vergogne ». La vergogne renvoie à un sentiment éthique pénible pour le sujet lorsqu'il ne respecte plus les valeurs du groupe auxquelles il adhère : il a honte de lui-même à ses propres yeux et à ceux d'autrui, ce qui est « utile » pour vivre en société. Cette disparition de la honte-vergogne permet de comprendre pourquoi un certain

nombre de personnes n'ont plus honte de la déchéance affichée de leur vie et de leur corps, en particulier en cas d'incurie. Cette abolition de la honte s'accompagne d'un idéal conservé mais désubjectivé, coupé de soi. Le retour de la honte, de bon pronostic, est à accompagner avec pudeur, sans trop y insister.

5- Les retours du sujet disparu

Tous ces signes de déshabitation font partie de ce que j'appelle « *les pathologies de la disparition* », de la *disparition du sujet dans son apparaître sur la scène sociale par l'action et la parole, dans sa dignité d'être un humain reconnu par autrui*. Mais le sujet est toujours quelque part, c'est un postulat éthique de la clinique ; il peut donc faire retour dans une rencontre improbable qui nécessite une conscience ouverte au monde à l'envers, au paradoxe, à l'écart normatif. Ce retour se fait de manière *non déficitaire, souvent en force*.

- **Le retour paroxystique du sujet disparu**, sur le plan psychodynamique, correspond à un retour aigu du clivé, de ce qui a été psychiquement congelé dans le moi, avec une levée brutale du déni, de l'anesthésie, de l'émoussement affectif et de l'inhibition des pensées. C'est ce qui se passe lors d'épisodes d'alcoolisations, mais également lorsqu'une confiance dont on n'a plus l'habitude s'instaure avec d'autres, confiance qui fait que la garde de l'auto-exclusion est levée : alors la pensée de cette souffrance inassumable revient à vif, active pour réactiver l'errance et la rupture du lien, pour ne plus souffrir, assez souvent sous forme de passage à l'acte, de violences ou de troubles du comportement.

On comprend que ces retours paroxystiques se font souvent *dans l'urgence* : urgence sociale, urgence somatique. On peut dire que le sujet est bien là, dans l'urgence, mais on ne peut le traiter... qu'en urgence. La difficulté technique consiste à faire le lien entre cette urgence où le sujet réapparaît et la vie quotidienne ordinaire où il a tendance à disparaître. Comment travailler en réseau ? Comment tenir l'histoire ? Comment entretenir une scansion temporelle qui peut faire lien entre l'urgence que l'on accepte et le quotidien ? Comment également apprendre à tenir une relation avec un sujet très alcoolisé, car cela est possible et même souhaitable, sous certaines conditions. Une question anodine au passage : peut-on comprendre l'urgentification de notre société par le fait d'une précarisation généralisée induite assez directement par les modes de « management » qui produirait un syndrome d'auto-exclusion collectif ?

- **Le sujet peut aussi réapparaître ailleurs ou autrement que là où on l'attend.**

Je fais allusion à ces personnes qui ne peuvent rien dire d'elles-mêmes dans l'échange de paroles, mais qui, dans des écrits ou des médiations artistiques ou autres, s'expriment vraiment, à conditions d'avoir une oreille et un regard sensibles au paradoxe, comme nous l'avons vu plus haut avec la personne qui se

bouche les oreilles, les yeux et la bouche mais qui peut écrire.

- **Le sujet peut faire retour « dans l'autre ».**

Cette formulation bizarre correspond au malaise des intervenants, et plus précisément à ce qu'ils portent de la souffrance inassumable par l'autre, comme par exemple, les confidences évoquées plus haut, mais également les souffrances non dites qui, par des mécanismes énigmatiques, sont vécues intimement par celui qui est en position d'aide. Toute la question revient alors à ce que doit faire l'intervenant face à son malaise, qui le renvoie certes à lui-même, à ses propres problèmes, mais aussi à la difficulté professionnelle dans cette situation infiltrée de la souffrance psychique inassumable de l'autre qui s'anesthésie, se coupe de ses affects et de sa pensée, et qui dépose dans l'être d'autrui sa difficulté à être. Nous avons déjà dit combien les analyses de la pratique avec des pysy aguerris à ce type de travail sont très aidantes pour les aidants, leur permettant de revenir à leur métier.

- **Le retour dans l'autre se fait souvent sous le signe d'une transversalité des interventions.**

Cette caractéristique déjà évoquée convoque des personnes différentes également interpellées par le syndrome d'auto-exclusion, si elles se sentent autorisées à répondre à la convocation. Prenons le cas de l'incurie : les voisins, au bout d'un certain temps, vont essayer d'entrer en contact direct, puis se plaindre, faire des pétitions auprès de la mairie et/ou des bailleurs sociaux, les plombiers vont intervenir (pour les fuites d'eau), ainsi que les pompiers, les travailleurs sociaux, l' élu municipal, les services de psychiatrie publique, quelquefois ceux de gérontologie, la police, etc. Toutes ces personnes sont interpellées au titre de leur position et/ou de leur métier. Cela justifie le travail en réseau dans des conditions éthiques qui sont à construire. Il y a là un champ immense d'observation, de réflexion et d'intervention.

6- Le dernier signe est celui de la mort

Par cette disparition définitive, l'exclu se rappelle radicalement au bon souvenir des vivants. La mort est l'aboutissement assez souvent prématuré du syndrome d'auto-exclusion pour un sujet qui n'habite plus son corps, qui vit dans des conditions extrêmement précaires, qui ne peut sentir sensoriellement ses pathologies somatiques, et donc s'en plaindre, qui refuse l'aide, notamment l'aide médicale et sociale qui se coupe des liens et se met dans une situation maximale de détresse, de déréliction conduisant directement à la mort dans le cas d'incurie grave aiguë, ou indirectement par des conduites d'addiction, des pathologies somatiques et psychosomatiques qui produisent une mortalité comme dans la France de l'ancien régime ou dans les pays les plus pauvres du monde. Curieusement, il y a souvent du monde aux obsèques dont le rôle est de fabriquer la communauté des vivants et des morts : des personnes tenues à l'écart par la rupture active du lien réapparaissent, membres de la famille que l'on croyait éloignés ou

absents, amis, intervenants divers qui se rapprochent. Les obsèques en disent souvent long sur ce qu'a été la vie du disparu. Quelquefois, il n'y a personne, ou presque, pour accompagner la dépouille mortelle à sa dernière demeure, si ce n'est un intervenant social, un soignant.¹⁷

IV - Pour conclure

Le syndrome d'auto-exclusion est une voie commune de l'exclusion.

On peut l'observer dans toutes les situations d'exclusion. Ce risque ne concerne pas seulement les gens de la rue, mais aussi les malades mentaux, toutes personnes isolées, certaines situations de pathologie au travail, sans oublier la question des catastrophes collectives, notamment politiques. Ce qui unit ces scènes hétérogènes, c'est le désespoir de l'exclusion sociale, l'impression de ne plus faire partie de l'humanité.

Deux modèles pour cette exclusion : d'une part, la dépression anaclitique décrit par Spitz en 1947, c'est-à-dire la maltraitance infantile : un nourrisson traité par des mains mercenaires, sans relation affective, va évoluer vers une dépression essentielle avec marasme et in fine la mort. Il vit en accéléré un syndrome d'auto-exclusion parce que, en tant que petite personne, il n'est pas reconnu comme telle. Ce modèle est celui du ratage radical de la relation intersubjective de base. A l'autre extrême, nous avons *le modèle des camps de concentration nazis*, où l'intention d'exclure de la commune humanité était affichée. Ce qui impressionne, c'est de constater aujourd'hui, en dehors d'une maltraitance infantile ou d'une visée d'extermination directe, que les symptômes de l'exclusion existent et font signes d'une manière individuellement répétée, à une échelle qui pose un problème à la fois clinique et politique. Il ne s'agit pas seulement de traiter les effets collatéraux de l'évolution des sociétés qui ne concerneraient que la marge et dont le centre serait indemne, mais la marge nous informe de ce qui se passe au centre.

● La question de la psychose

Nous avons déjà dit que les patients psychotiques peuvent présenter des symptômes d'auto-exclusion comme tout le monde ; ces symptômes ne sont pas l'apanage de la psychose mais peuvent s'observer chez les sujets psychotiques, avec anesthésie, repli et retrait, comportements paradoxaux.

En réalité, tous les signes directs de l'auto-exclusion sont superposables à ce que l'on appelle aujourd'hui les signes négatifs de la schizophrénie, à différencier des signes productifs de type délire ou hallucination et des signes de désorganisation de type troubles de la pensée, troubles cognitifs, dissociation. Les troubles négatifs de la schizophrénie se marquent classiquement par une aboulie, une anhédonie, un apragmatisme, qui, au-delà du jargon, correspondent assez exactement à ce que l'on observe dans le syndrome d'auto-exclusion.

Peut-on dire que le syndrome d'auto-exclusion est une forme de psychose ? Ou, à l'inverse, que certains signes de psychoses sont attribués par erreur à cette entité et seraient plutôt des signes d'auto-exclusion chez un psychotique ?

Notre position actuelle, qui est plus qu'une hypothèse et moins qu'une certitude, est d'affirmer que le syndrome d'auto-exclusion devrait permettre de revisiter la schizophrénie en approfondissant le rapport exclusion/schizophrénie : une partie de ce que l'on nomme aujourd'hui « symptômes schizophréniques déficitaires » correspondrait au fait que le schizophrène reste, envers et contre toute classification, un être humain capable de produire un syndrome d'auto-exclusion devant un regard excluant, dans un contexte de pratiques excluantes. Evidemment, dans ce cas, la thérapie est complètement différente, c'est le respect qui soigne, le respect de l'autre dans sa différence, y compris dans ses logiques de survie. Le fait qu'un certain nombre de signes déficitaires de la schizophrénie cède assez rapidement lorsque le sujet malade est mis dans des conditions de respect paraît valider cette position. C'est exactement ce qui se passe dans la psychothérapie institutionnelle, qu'elle se passe dans une institution de soin ou ailleurs, là où les gens vivent

On ne peut exclure d'avoir à différencier des signes déficitaires primaires, schizophréniques, et des signes déficitaires secondaires dus à l'exclusion.

Cette réflexion permet de reprendre, en l'actualisant, la question de la psychogenèse et de la sociogenèse des troubles psychiques via le rôle du corps et du sensoriel en rapport avec certains mécanismes sociaux d'aliénation.

Cela conduit à une définition renouvelée de la Santé Mentale.

La santé mentale n'est pas réductible à la reprise euphémisée de la psychiatrie, même d'une psychiatrie citoyenne. Ce que je propose vise une définition de la santé mentale qui garde ouvert un débat où la clinique, les sciences humaines, l'économie et le politique tissent une toile complexe, loin des perfections utopiques. Il va de soi que cette notion de Santé Mentale inclut les pathologies et les pratiques psychiatriques mais les dépasse singulièrement. C'est pourquoi il apparaît important de *maintenir une distinction entre santé mentale et troubles mentaux.*

Une définition de la Santé Mentale ne peut pas non plus correspondre à la définition utopique de la santé émise par l'OMS en 1946 : « un bien être complet » bio-psycho-social ; la santé serait-elle supposée être le paradis des sociétés laïcisées ? Pour nous, qui ne sommes plus à la sortie de la deuxième guerre mondiale, une telle utopie de complétude¹⁸ n'est plus utile ni recevable, du fait des coups de boutoir de l'affaire collectivement consciente de « la souffrance psychique d'origine sociale ». Cette affaire est le signe du conflit essentiel de notre modernité : d'un côté la définition et

l'expansion mondiale des droits de l'homme, d'une dignité de la personne à respecter absolument, qui est en quelque sorte l'aboutissement du bon côté de l'individualisme moderne ; mais de l'autre côté, on observe une atomisation de l'individu en rapport avec la circulation mondiale des flux financiers et des produits promue par l'ultra libéralisme qui, en tant que tel, ne prend en compte ni de près ni de loin la question des droits de l'homme, sauf si les lois du marché s'en trouvent commercialement affectées. *Le conflit constitutif de notre modernité se situe entre les droits de l'homme et le néolibéralisme non régulé*, avec le risque de l'impossibilité de vivre ensemble autrement que branchés sur des flux d'argent et de produits. C'est pourquoi il est pertinent et urgent de promouvoir une nouvelle définition de la santé mentale dans la mesure où elle influence des pratiques :

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. » (Jean Furtos, 2004¹⁹).

Cela revient à insister sur la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.

Nous avons besoin de laisser de côté une santé absolument bonne et son ambition d'un « bien être complet », en fait stigmatisante et de l'ordre du faux self ; cela suppose d'inclure la capacité de souffrir sans disparaître ; la notion d'un environnement donné et transformable signifie que l'on n'est pas exactement dans le meilleur des mondes, ou, en tout cas, que le meilleur des mondes est toujours la possibilité de le construire ; la destructivité est à différencier de la révolte, c'est-à-dire de la capacité de dire non, qui fait partie d'une bonne santé mentale.

Les politiques de Santé Mentale visent des pratiques soutenues par le souci de promouvoir et de maintenir cette capacité de vivre ensemble et avec soi-même (perspective de Santé Mentale positive), et visent évidemment à éviter le syndrome d'auto-exclusion ou à le rendre réversible (perspective préventive et restauratrice).

Au passage, cela permet de mettre un sens sur la faible réactivité de notre époque aux modifications des équilibres sociaux et de leurs effets sur les individus, sur les personnes : pourquoi, s'interrogeait Gilles Bibeau, n'y a-t'il pas d'avantage de révolte ? La clinique de l'auto-exclusion, si on consent à ce qu'elle dépasse la relation duelle, nous permet d'approcher, non sans effroi, le monde dans lequel nous vivons, que nous contribuons à construire et à déconstruire. La tendance est à la disparition, et non à la mise en oeuvre de la capacité de dire non.

Je termine sur cette citation de Bertrand Ravon, sociologue à l'Université de Lyon 2, qui, lors d'une discussion privée, s'est exprimé de cette manière paradoxale : « *Aujourd'hui, ceux qui font vraiment de la politique, ce sont les cliniciens de la clinique psy-*

chosociale ». Cela fait allusion aux intervenants de première ligne qui constatent sur le terrain des pratiques où ils interviennent les effets psychiques de l'organisation/désorganisation contemporaine du vivre ensemble : ils contribuent à produire une lucidité psychosociale d'essence clinique sur les enjeux politiques de notre temps. Car le malaise dans la civilisation n'est pas spéculatif et les pratiques de santé mentale à promouvoir sont précisément... des pratiques. Dans le contexte de la mondialisation que nous connaissons, il n'est pas question d'abandonner le souci du micro local, car c'est là où les gens vivent.

1. Centre Hospitalier le Vinatier, 95 boulevard Pinel - 69677 Bron Cedex (France). www.orspere.fr
2. In Freud S., *Le malaise dans la culture*, oeuvre complète, tome XVIII, p. 263.
3. In « Qu'appelle t'on penser ? », Quadrige/PUF, 1959, p. 63.
4. Revenu Minimum d'Insertion.
5. Actes du Colloque « *Déqualification Sociale et Psychopathologie* » ou Devoirs et limites de la Psychiatrie Publique, Oct-Nov 1994. Onsm-p-Orspere.
6. Rapport Strohl-Lazarus., 1995, *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI.
7. A partir de ces différences, on est cependant obligé de reconnaître, dans le contexte de la mondialisation, que les sociétés pauvres se précarisent et que les sociétés riches s'appauvrissent dans leurs classes moyennes, ce qui nécessite toujours de différencier les notions.
8. Wresinski, M.J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport au conseil économique et social, Journal Officiel du 28 février 1987
9. Furtos J., Lahlou J., 2001, « Souffrance devant la précarité du monde (Pourquoi une clinique psychosociale ?) », In : *Confrontations Psychiatriques n°42*.
10. Si l'irréversibilité signe la temporalité, l'irréversible renvoie à la perte mélancolique avec haine destructrice du temps et de soi-même.
11. Roussillon René, cf. *Rhizome n°25*, déc. 2006, p. 16 s, et « *La santé mentale en actes* », sous la direction de Furtos J. et Laval Ch., Edition Eres, 2005, p. 221s.
12. Laval Ch., Renault E., 2005, « La santé mentale : une préoccupation partagée des enjeux controversés », in : *La santé mentale en actes*, sous la direction de J. Furtos et Ch. Laval, Editions Eres, pp. 317-347.
13. Vexliard A., *Le clochard. Etude de psychologie sociale*, Paris, Desclée De Brouwer, 1957.
Declerck P., *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon (Terres Humaines), 2001.
Thelen L., *L'exil de soi. Sans-abri d'ici et d'ailleurs*, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 2006.
14. Roussillon R., déc. 2006, « La logique du plus faible », in : *Rhizome n°25, Réinventer l'institution*, p. 16 à 18.
15. Furtos J., 2005, « Introduction. Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, opus cité, p. 24s.
16. Thèse de médecine de Nicolas Meryglod, Lyon, juillet 2007, « L'incurie dans l'habitat ».
17. Furtos J., Colin V., nov. 2002, Rapport « Accompagner jusqu'au bout... », recherche commanditée sous le titre « La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement », FNARS-ORSPERE.
18. A l'inverse de la complétude, la visée d'une santé bio-psychosociale reste un progrès majeur à conserver, versus une conception bio-médicale exclusive.
19. Congrès International de Lyon « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsm-p : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Edition Erès.