



**Institut d'anthropologie clinique**

29 chemin des Côtes de Pech David 31400 Toulouse

Tél-Fax 05 62 17 20 86 – [iac@i-ac.fr](mailto:iac@i-ac.fr) – [www.i-ac.fr](http://www.i-ac.fr)

ANTHROPOLOGIE CLINIQUE  
ET SANTÉ MENTALE

**SERGE ESCOTS**

*LA SOUFFRANCE DE L'EXCLU*

UNE FORMULE À INTERROGER

## Un mot sur le titre

La souffrance psychique de l'exclu est le titre premier de l'intervention que les organisateurs m'ont demandé de faire. Ce titre est intéressant car en y réfléchissant, il ne va pas sans poser questions. En fait, au premier abord, pas grand-chose à dire sur cette formule, elle semble aller de soi. Au deuxième...

La commande pourrait facilement tourner à faire l'exposé de la psychologie de l'exclu voir sa psychopathologie. Mais de qui s'agit-il? Ceux que l'on nomme ainsi de façon globalisante sont divers, les causes de leur exclusion variées. Si certains signes de souffrance psychique s'observent de façon récurrente dans la rencontre avec des personnes en situation d'exclusion, une attention soutenue nous montre qu'il serait réducteur d'en faire un « tous pareils » dans une tentative de catégorisation causale. Les théories systémiques de la complexité nous ont montré depuis longtemps déjà que des phénomènes semblables peuvent renvoyer à des causes multiples. Le délire n'est pas toujours le fruit de l'activité d'une structure psychotique, la délinquance d'un adolescent renvoie à des organisations familiales plurielles, etc.

Les termes employés dans les études pour décrire la souffrance psychique des personnes précaires ou en situation d'exclusion proposent pour décrire les symptômes qui dessinent ses contours (à cette souffrance) les items suivants :

Honte, perte d'estime de soi, désengagement des relations avec les autres, désinvestissement de la sphère publique, perte d'énergie, Fatigue, etc. Cela renvoie aux représentations sociales de la symptomatologie de la souffrance psychique et de façon empirique au contour de ce que l'on apprend de la clinique de la grande précarité.

Je ne prendrais pas le titre comme un menu à dérouler, mais comme une formule tellement banalisée aujourd'hui, qu'elle nécessite si ce n'est une déconstruction, tâche au-dessus de mes compétences, du moins la mise à jour de quelques éléments de sa construction, éléments historiques, politiques et cliniques, en essayant de ne pas perdre de vue vos besoins qui s'originent dans une pratique.

En fait, cette formulation rend compte de ce à quoi nous avons à faire comme difficulté aujourd'hui dans le champ sanitaire et social : L'articulation des champs de prise en charge. Ce que l'action publique appelle transversalité et qui sur le terrain prend la forme parfois de travail en réseau. Et face à la difficulté à penser des articulations nous opérons par réductionnisme. C'est-à-dire par la recherche d'un plus petit dénominateur commun pour pouvoir « faire » ensemble. Parfois peut-être illusion de faire ensemble car ce que cache comme conceptualisation et mode opératoire, le dénominateur sous son apparence

consensuelle ne permet pas justement de traiter suffisamment ce qui fait différence pour pouvoir articuler les logiques distinctes. Ainsi, si la formule « souffrance psychique » a connu un tel succès, c'est incontestablement dû à son pouvoir de camouflage des différences par un judicieux choix lexical. Et dans un premier temps, tant mieux, c'est son mérite aussi d'avoir permis aux travailleurs sociaux, bénévoles, médecins, psychologues et psychiatres de se parler et de partager un peu de la pratique au sein de réseaux. Nous en avons aujourd'hui encore la preuve par votre présence. Pourtant, chaque terme de cette formule tombée dans le langage courant, renvoie précisément à un questionnement et à la mise en série de ces termes renvoie à la problématique du travail auprès des publics précaires, désocialisés et en grandes difficultés tant sociales que psychologiques. Car à l'évidence, dans ces situations, les problématiques sociales et psychiques sont intriquées, ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre.

Un bénévole de n'importe quelle association caritative envisage-t-il ce que recouvre la notion de souffrance psychique pour un psychiatre post-freudien ? Peut-être parfois, en tout cas, il peut avoir le sentiment, au premier abord, une fois de plus, de parler globalement de la même chose. Mais, dans la pratique, au cas par cas, les malentendus resurgissent, ainsi, le travailleur social peut, confronté à la souffrance psychique d'une personne, être tenté d'imaginer un lieu – peu importe lequel – où celle-ci trouverait à se résoudre et ne pas comprendre, l'impossibilité parfois dans laquelle le « spécialiste » de la souffrance psychique se trouve à ne pouvoir s'en saisir. Besoin, plainte, demande, désir, pulsion, ambivalence, défense, structure, symptôme font soudain irruption de derrière la « souffrance psychique » ramenant une complexité au-devant de la scène qui fait tomber l'illusion rassurante qu'un objet commun pouvait faire naître une complémentarité efficace et régler « la misère du monde », en se passant pour le coup du sujet. Le hiatus entre traitement social de l'exclusion et dispositif de traitement des troubles psychiques nous rappelle fréquemment que ça ne marche pas comme ça. Au-delà de notre capacité à créer des liaisons, des articulations, des complémentarités institutionnelles indispensables, la rencontre au cas par cas, situation par situation nous oblige à inventer le lien, le pont, la façon singulière de créer entre une limite rencontrée dans un espace, une relation, une articulation à d'autres possibles dans un autre espace, une autre rencontre.

## L'introduction d'une terminologie

Le concept d'exclusion se répand dans le champ social à partir des années 90. Il fait suite à une longue orientation d'une dizaine d'années où le maître mot des politiques sociales est l'insertion. En fait, La décennie 80, voit les politiques d'insertion prendre le relais des politiques d'intégration, il s'agissait de rattraper le retard d'intégration au regard des normes républicaines de certaines populations. Politique de la ville, ZEP, Mission Locale, RMI, se pensait alors comme des mesures transitoires, de remise à niveau (Furtos, Laval). Si leur efficacité n'est pas remise en doute par la plupart des observateurs, l'évolution des problèmes, les moyens dévolus et leur installation dans les dispositifs de l'action sociale ne leur permet pas de régler le déficit d'intégration. Dès lors, nous assistons à un changement profond du sens de ces dispositifs : ce n'est plus l'insertion pour intégrer mais pour ne pas exclure.

Dans les années 80, des CMP reçoivent de plus en plus de patients « atypiques », en souffrance, désocialisés, précarisés qui ne demandent pas de soins, mais qui sont envoyés par des travailleurs sociaux épuisés par un suivi chaotique qui se soldent souvent par des échecs.

Ainsi, en 91 un rapport de la délégation interministérielle au RMI note « qu'une frange de bénéficiaires plus marginalisés que les autres présentent des difficultés importantes de prise en charge, en particulier dans le domaine de l'alcoolisme et de la santé mentale.

Sous cette étiquette de santé mentale, il ne s'agit pas de personnes pour lesquelles les psychiatres diagnostiquent des symptômes psychiatriques caractérisés. On peut regrouper ces situations sous le terme de détresse psycho-sociale qui se traduit par une remarquable constance dans l'échec ». À partir de là, le terme de souffrance va faire son apparition et remplacer celui de détresse, la nature psycho et sociale de celle-ci cédera la place à celle de psychique qui n'indique pas tant une nature qu'un lieu. De fait, la représentation sociale d'une causalité partant du processus d'exclusion vers la souffrance se développe en même temps que le phénomène va grandissant. Il ne s'agissait plus de dire de quelle nature est cette détresse envisagée dans le double registre du psychologique et du social, mais d'indiquer le psychisme comme lieu de cette souffrance née des processus d'exclusion.

À la suite de ce rapport, le groupe « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », publié en 1995, sous la présidence d'Antoine Lazarus son rapport, intitulé, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher ». Revenir 10 ans après sur ce travail est intéressant, car il indique la logique sociale qui a construit ce qui nous paraît évident aujourd'hui : l'existence d'une souffrance psychique chez les exclus. L'évidence que je souligne n'est pas celle que la rencontre avec les exclus confirme, « ça souffre », mais celle de la terminologie qui s'est imposée naturellement et qui réifie en quelque sorte cette souffrance qualifiée de psychique (et non de psychopathologie de l'exclusion sociale, ou trouble psychologique lié à la précarité, ou maladie mentale chez le sujet en situation de précarité ou d'exclusion, etc.) La première constatation est, qu'émanant d'un groupe nommé « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », c'est dans le champ de la santé mentale qu'allait s'inscrire le concept. Deuxième constat, la lettre de commande adressée par Jean-Marie Delarue indique l'origine de ce besoin de fonder une problématique : « la DIV et la DIRMI sont régulièrement informées de problèmes rendant difficile la conduite des politiques de lutte contre l'exclusion. Ces difficultés renvoient notamment à un état de mal-être ou plus précisément à la santé mentale de certaines populations. Si la réforme de l'aide médicale et la mise en place d'actions spécifiques de santé tant dans le cadre du RMI que dans celui de la politique de la ville ont constitué de réelles avancées, elles ont cependant révélé, dans certains cas, des difficultés liées à la souffrance psychique qui deviennent des obstacles même à l'insertion ». L'idée est là, le monde économique crée de l'exclusion, les politiques sociales luttent contre l'exclusion, mais l'état de santé mentale – la souffrance psychique comme manifestation de cette altération de la santé mentale – met en échec nos politiques. Explorer tout ça, Professeur, et faites-nous des propositions. Imaginez que le rapporteur revienne et dise qu'il y a des sujets qui objectent à leur exclusion et refusent – plutôt mourir – d'entrer dans des dispositifs d'insertion ? Non ça ne s'est pas passé... comme ça.

Il est intéressant aussi que sous cet angle de la convocation de la santé mentale comme échec des politiques d'insertion, se crée un continuum, une unité entre les différents dispositifs sociaux de lutte contre l'exclusion, CHRS, hébergement hivernal, accompagnement social, Mission Locale etc. Si ça ne marche pas, il y a toujours moyen de convoquer la « souffrance psychique ». Le psychique, tout le monde en a un, même le pire des exclus ou même l'étranger (bon différent quand même, il faut des ethno psys) mais tout le monde peut être en panne d'insertion à cause de sa « souffrance psychique ». Par-delà le risque d'amalgame et de réduction, il faut reconnaître que cet effet unificateur permet d'appréhender de façon transversale un ensemble de signes cliniques sous un angle différent. Cette démarche, si elle ne vient pas annuler les enseignements d'autres formes de compréhension plus spécifique, champ des psychoses, des addictions, etc., mais les croiser, les compléter, s'avère enrichissante et pertinente pour les pratiques.

## Pathologie mentale ou souffrance sociale<sup>1</sup> ?

Revenons une minute encore sur ce rapport pour comprendre pourquoi la souffrance psychique va faire consensus. Dans un rapport, les annexes sont souvent très instructives. Par exemple ici, le texte de cadrage problématique : le point numéro deux s'appelle souffrance psychique et processus d'exclusion. Après une énumération hétérogène de manifestations de cette souffrance psychique comme l'échec scolaire, les conduites addictives ou les pathologies liées aux transformations du monde du travail, le rapport indique que « la précarisation des conditions de vie semble fonctionner comme un révélateur de fragilités pathologiques latentes que les sujets savent réguler dans des conditions de vie normale ».

Cette thèse émane de la sociologie qui développe une théorie bien plus vaste, faisant appel au-delà des précarisations des conditions de vie, à la pression des mythologies contemporaines qui, selon Erhenberg, conduisent le sujet moderne à « la fatigue d'être soi ». Ainsi Michel Joubert explique que si la souffrance psychosociale (et oui psychique c'est le registre psy) existe depuis toujours « elle a pris des formes et une tonalité nouvelles en raison de l'individualisation, de la précarisation du travail, de l'insécurité sociale, des ruptures affectives, de l'isolement, des changements brusques des cadres de l'expérience de la désaffiliation et de la grande exclusion. Tout ceci empêche de s'inscrire de façon durable dans des repères valorisant et équilibrant, fragilise les supports sociaux qui permettent une inscription structurante et cohérente au sein du corps social.

Donc la sociologie donne un discours descriptif et explicatif au *burn out*, aux limites des travailleurs sociaux, légitimé par ce système explicatif qui convoque le psychique l'interpellation de la psychiatrie est évidente.

---

<sup>1</sup> Tout le débat tient dans cette double entrée possible du problème est-ce qu'il s'agit de maladie mentale et nous sommes dans une épistémologie de rupture, de la discontinuité, la différence est de l'ordre de la nature ou bien de la santé mentale, nous situant alors dans un continuum la question est alors une affaire de degré. Nous retrouvons là les débats qui agitent fortement la psychiatrie démembrée et sommée de se restructurer pour s'occuper de santé mentale et qui pour une part refuse de psychiatriser le social « malade ». Et de l'autre, le travail social confronté à une « souffrance » telle, à des impossibles quant à ses missions, que la convocation de la maladie comme modèle explicatif de ses limites inflation de plus en plus les demandes envers l'institution psychiatrique. Il semble que la question de la souffrance psychique des populations en situation d'exclusion et de précarité se situe en position de compromis – donc de symptôme – dans ce conflit du sanitaire et social.

On dit souffrance pour ne pas dire maladie, psychique pour ne pas dire mental. La souffrance est un signe, la maladie une entité. Il y a donc entre ces deux termes une concurrence dont la prévalence de l'usage où les contextes d'usage nous renseignent tant sur les représentations sociales que sur les enjeux sociopolitiques du moment (C/F à nouveaux la crise actuelle de la psychiatrie). Il est passionnant de s'apercevoir que cette concurrence existe dès l'origine puisque « malade » qui vient de « malabde » (v. 980) issu du latin impérial « male habitus » « en mauvais état » a évincé un mot classique et concurrent « aeger » (aegrotus en latin post classique qui insistait lui sur « la peine, la souffrance causée par la maladie ». Le malade désigne une personne dont l'état de santé est altéré et « maladie », formé vers 1150, désigne l'altération de la santé. Il y a là, on le voit bien des interdépendances de sens : comment penser la maladie sans le référentiel de la santé et la santé comme l'absence de maladie. Si c'est la signification la plus commune, la conception populaire, le vingtième siècle avec les progrès sans précédent de la médecine, le développement de la santé publique, en a proposé des définitions qui vont bien au-delà. Versant dans des idéalizations engageantes mais d'un angélisme irréaliste voire OMS bien être bio-psycho-social le meilleur des mondes !

« Santé » se forme à la même époque (1175), par l'aboutissement de « sanitatem » en « santet » (1050) accusatif du latin « sanitas » (sanitatis) formé sur « sanus » sain ; entendu comme la santé du corps et de l'esprit. Santé s'entend comme un bon état physiologique, mais aussi s'adresse à l'équilibre de la vie psychique, religieuse (santé spirituelle (V. 1200).

Quant à « souffrance » définit comme une « douleur physique ou morale », il se forme également vers 1175 et se développe au milieu du XVème en tant que « l'état d'une personne qui souffre ».

« Exclu » se construit sur « exclure » réfection au XIII de la forme évoluée de « esclore » emprunté au latin « excludere » qui signifie « ne pas laisser entrer », « ne pas admettre » composé de « ex » (qui exprime l'exclusion et de « clore » = fermer). Au XVIème, il prend le sens de « tenir à l'écart qqun de ce à quoi il pourrait avoir droit » (1559), notamment en droit exclure qqun de la succession. Puis pris un sens abstrait de « rejeter une chose comme incompatible avec une autre ».

« Exclusion » (XIVème et XVème siècles) est rarement employé avant 1662 (dans le sens de « tenir à l'écart qqun le repousser »). Ce n'est qu'en 1990 que « exclusion » se répand dans le vocabulaire social. « Exclu » comme nom n'apparaît qu'en lien avec l'exclusion comme phénomène social contemporain pour désigner les personnes qui en sont les victimes.

« En marge de », première mention 1831 : « vivre en marge de », Robert Historique.

Le cadrage du rapport interministériel l'indique clairement en son point 3, reprenant le constat initial qui indique que ces manifestations de la souffrance psychique « rebondissent » sur tous les systèmes de prise en charge et que les acteurs désarmés se tournent vers la psychiatrie qui est réticente à entrer dans une problématique aux contours aussi flous. Très vite, la suspicion à vouloir psychiatriser le social est récusée par avance, le rapport le précise : « la perspective est éthiquement inadmissible et pratiquement irréaliste ». S'en suit un paragraphe qui préfigure les questions actuelles qui touchent de plein fouet la psychiatrie en posant une série de questions allant de la révision des « catégories cliniques, le lien entre références nosographiques et pratiques en santé mentale, le statut du malade, [...] jusqu'à la place de la psychiatrie publique dans sa contribution à des politiques transversales. » Rappelons que c'est un rapport de la DIV et pas du ministère de la santé... Ces éléments préfigurent les rapports actuels entre pouvoir public et psychiatrie publique.

On comprend mieux, dans un contexte où la psychiatrie traîne à se rendre à la convocation du politique, que de psychosociale la souffrance devienne psychique, pas mentale ce qui aurait exclu les partisans nombreux de la psychiatrie psychiatrique. Et puis psychique nous fait renouer avec ce qui a donné à la psychiatrie, du début du siècle à la sectorisation, son ossature conceptuelle : la psychanalyse. Le terme de souffrance a aussi l'avantage dans cette quête de transversalité, de fédérer tant les psychologues cliniciens de plus en plus embarqués dans des dispositifs sociaux ou médico-sociaux, qu'une partie des travailleurs sociaux plus ou moins référés à l'approche psy.

Vraiment ce « souffrance psychique » a du bon. On le voit, il permet d'éviter le conflit au sein de la psychiatrie entre partisans d'une logique de santé mentale et ceux orientés par la psychopathologie, tout en inscrivant la démarche dans une prise en compte de questions pathologiques dans le champ de la santé mentale.

Cependant, les réserves à l'égard de cette terminologie s'énoncent ici ou là, à l'instar de la psychiatre psychanalyste Sylvie Quesemand Zucca qui écrit à propos de la banalisation du terme souffrance psychique : qu'« il ne s'agirait pas que l'usage consensuel de cette notion vienne oblitérer la dimension politique qui peut traverser certaines formes de souffrances et d'aliénations. Il ne s'agirait pas non plus que la notion de souffrance psychique soit réduite à un concept psy-religieux qui empêche, en bâillonnant l'expression de la révolte, alors que cette dernière peut permettre au sujet de retrouver consistance dans sa relation à l'autre et au monde. Il ne s'agirait pas enfin, que cette notion autorise un amalgame de tout ce qui fait symptôme dans la grande précarité ».

Ainsi, nous devons nous interroger, car le langage est normatif. On le voit avec la précarité, l'exclusion, mais on peut y ajouter, le couple, la famille, l'enfance, l'adolescence, l'école, le travail, les personnes âgées... rien n'échappe à la mesure de la souffrance psychique. Aujourd'hui, nous dit Alain Ehrenberg, « le statut social de la souffrance psychique déborde largement le domaine de la médecine et de la santé. Référence sociale dirigeant l'action publique, elle est désormais une manière de définir les problèmes les plus hétérogènes, tandis que la santé mentale est, elle, une manière de définir leurs solutions ». Ce souci nouveau est tout à fait inédit dans nos sociétés, reste comme le dit Ehrenberg à comprendre les raisons de ce souci et les significations qu'il revêt.

## Le problème de la psychiatrie

Aujourd'hui, il est usuel de parler de la crise de la psychiatrie. Le champ de la santé mentale, centré sur la souffrance sociale et non sur la maladie peut être vécu comme une dissolution de la psychiatrie dans le social. Ou pour d'autre comme une nécessaire adaptation des théories et dispositifs à l'époque contemporaine.

Pour certains, la question se pose de savoir, si c'est sa mission de s'occuper de la souffrance psychique des personnes précarisées ? Et si oui, si ses structures et ses moyens sont adaptés aux soins pour ce public ?

Je ne développerai pas ici ces différents points, mais notons que cette affaire de souffrance psychique des exclus est au cœur de la crise actuelle de la psychiatrie.

## Une position pragmatique

Dans ce débat entre maladie mentale et souffrance psychique le rapport Lazarus de 1995 n'a pas tranché sur le fond. Les connaissances restant insuffisantes selon lui. Toutefois il était urgent de répondre. La logique est la suivante : pas besoin de savoir si c'est de la maladie ou pas, pour répondre, il suffit de constater que les besoins ne sont pas couverts donc que les réponses ne sont pas adaptées. Les manifestations de cette souffrance sont nombreuses, on ne peut les cacher. Les psy sont donc convoqués au chevet des exclus... et des professionnels qui s'en occupent. Mais chassez le naturel, il revient au galop, à peine le fragile consensus derrière la souffrance psychique permet-il d'ouvrir des « lieux d'écoute pour une souffrance sans nom » comme l'indique le titre d'un rapport de 96 toujours pour la DIV que les clivages réapparaissent. Du moins, c'est ce que montre ce rapport par une opposition schématique des deux logiques d'interventions des lieux d'écoutes. Où d'un côté, on parle de « pathologie actualisé par l'exclusion » et de l'autre de « souffrance sociale lié à la rupture du contrat social », où le sens de l'intervention consiste d'un côté à « l'acceptation du soin » et de l'autre la « réintroduction de sens ».

## Clinique avec des personnes en situation d'exclusion

C'est effectivement le problème de la demande de soin qui se pose pour le soignant, à la fois dans sa dimension pratique (comment soigner un sujet absent ?) et éthique (va-t'on rejoindre le meilleur des mondes et donner des psychotropes aux sous-populations afin qu'elle ne se révolte pas ?). Non pas de molécule, de la parole ! Il s'agit, de proposer des espaces pour que cette souffrance se parle, que le sujet s'apaise, se reconstruise et puisse reprendre le chemin de l'insertion, qu'ils reviennent dans le lien social ou qu'il ne le quitte pas complètement.

Mais les vécus de perte, d'abandon, de honte, de désespoir, de dépendance, les mécanismes de déni, de clivage, de révolte mettent à mal la construction d'une demande de soin.

La perte et l'abandon poussent à se protéger d'un engagement relationnel avec un Autre qui représente une menace d'un nouvel abandon. La honte se voit renforcée par une demande de soin qui vient signer la faiblesse, la défaillance, la maladie ou la folie de celui qui demande. Le désespoir démobilise pour affronter ce qui paraît déjà tellement difficile, la dépendance qu'elle soit à un psychotrope, ce qui complique les relations et court-circuite l'autre, ou au système social par l'affaiblissement identitaire (être assisté est une forme de disqualification sociale) anéantissent progressivement le sujet en le privant d'un lieu pour ancrer sa demande. Enfin, les mécanismes de déni qui projettent sur l'autre les problèmes rendent doublement compliqué une quelconque demande de soin puisque :

- 1) il n'y a pas de problème et, en plus :
- 2) les autres sont nuls ou mauvais.

On ne voit pas comment dans ces conditions, l'autre pourrait aider, et de toute façon il n'a pas de problème lui !

Jean Maisondieu a théorisé ce schéma de l'exclusion pathogène qui fait « souffrir à en mourir sans être malade » comme il dit. Pour simplifier sa thèse, pour se constituer comme humain un sujet doit pouvoir appartenir à la communauté humaine, le monde contemporain par son primat de l'économique dans l'organisation démocratique et citoyenne (consommer est un acte civique, nos gouvernants nous l'ont rappelé après le 11 septembre) crée des catégories d'inclus (dans le système économique) et d'exclus. Ces derniers sont situés dans un espace virtuel en deçà des limites de l'humanité et au-delà de la société des inclus. Cette non reconnaissance de l'exclu par l'inclus comme un semblable crée une mort sociale pathogène qui entraîne une mort psychique puis la mort tout court, le trottoir se transformant selon sa formule en « abattoir ».

Pour lui cette trajectoire mortifère est lié à un véritable syndrome d'exclusion associant 3 registres : la honte, la désespérance, l'inhibition affectivo-affective

**La honte** pousse l'exclu à cacher sa misère et à se retirer du monde symbolique des interactions sociales. La situation de précarité à un très fort potentiel pour générer ce sentiment. La honte se différencie de la culpabilité qui renvoie à un acte, à une transgression, en s'inscrivant dans l'être. La honte concerne avant tout ce que l'on est. C'est le contraire de la fierté et touche à des fondements de l'être, l'appartenance et la reconnaissance, la situant ainsi, à l'intersection de la vie psychique et de la vie sociale. Elle constitue aussi un lien avec les inclus, car chacun à honte dans ce rapport à l'exclu. L'exclu à honte de lui, légitimant ainsi l'exclusion et s'interdisant toute révolte, mais il a honte de l'autre qui le laisse « crever », l'inclus aussi à honte de l'exclu comme semblable et puis il a aussi honte de son impuissance face à cette situation ce qui pousse à exclure l'exclu symboliquement.

Le piège, selon Maisondieu, c'est que faute de pouvoir faire envie, l'exclu n'a pas d'autre ressource que de faire pitié et de rester pitoyable pour qu'on s'occupe de lui.

La honte entraîne des conséquences comme le sentiment de se sentir ou de vouloir disparaître, le sujet peut manifester des signes de vasoconstriction, il devient blême. Et surtout, la honte à des conséquences sur la parole, le sujet devient mutique et refuse de parler ou au contraire s'engage dans un discours pour masquer la honte. La fuite psychique ou physique, le suicide peuvent apparaître comme une issue. Le retrait psychique pour échapper à la honte se caractérise par un effondrement narcissique transitoire ou chronique.

Enfin, et ceci est très important à repérer pour le travail, la honte peut se transformer en arrogance, mépris de l'autre, agressivité dans un retournement protecteur : faire honte pour ne pas avoir honte.

Respecter, mettre des mots face au mutisme, réassurer en humanisant l'affect, ne pas chercher à en savoir plus, à faire parler etc., sont des attitudes qui permettent au professionnel de faire face dans des situations où le sujet est débordé par la honte.

**La désespérance** se distingue de la dépression selon Maisondieu, bien qu'elle puisse la singer en tout point. (Ce qui ne facilite pas le diagnostic). Pour lui, elle est avant tout la conscience douloureuse d'une impuissance totale à modifier sa vie d'exclu et d'être l'objet d'une totale indifférence. La désespérance c'est le sentiment d'impuissance à agir pour changer la vie et sentiment de ne compter pour personne. Le changement de contexte et la création de relations interpersonnelles authentiques suffisent à faire disparaître la désespérance, ce qui n'est pas le cas de la dépression qui nécessite, elle, un traitement.

**l'inhibition affectivo-cognitive** : 3<sup>ème</sup> registre qui s'articule à la honte et à la désespérance, en ce qu'il vise à en anesthésier les effets sur la conscience. Il s'agit d'un effort permanent pour ne penser à rien, puisque dans la vie que l'exclu mène, rien n'est bon à penser. Pour faire face à la douleur qui envahit la pensée, la personne en situation



d'exclusion va se rendre indifférente au monde, va arrêter la machine à penser les pensées. Les psychotropes sont évidemment des moyens efficaces pour cela. Même si leur consommation ne va que renforcer les facteurs d'exclusion.

La théorie de Maisondieu est intéressante en ce qu'elle repère et organise dans une certaine cohérence des registres fondamentaux de la clinique avec des personnes en situation de grande précarité. Cependant, elle place l'exclu en position de victime, l'exilant aussi de sa position de sujet. Ici, la responsabilité du sujet s'arrête. Contrairement à Sartre, pour Maisondieu, l'important, c'est ce que l'on a fait de l'exclu et non pas ce que le sujet fait de ce que l'on a fait de lui en l'excluant. Mais, dans cette perspective, l'exclusion précisément prive le sujet de son statut de sujet. De ce fait la question ne se pose plus en ces termes. Mais s'intéresse à qu'est-ce que l'on fait de lui ?

Declerck est critique sur cette position. S'il ne s'agit pas de nier l'exclusion comme réalité sociale et ses impacts sur les personnes qui y sont confrontées, elle est devenue un mythe de la souffrance c'est-à-dire un système explicatif qui en ordonne les représentations et en assigne l'origine. La victimisation qu'opère l'adhésion à ce mythe ne rend pas service au sujet. Et ce, sur plusieurs points (pp. 291 et 292) :

- En nommant, il y a création d'une catégorie d'identité sociale englobante – l'exclu – qui renvoie en fait à des personnes, des histoires, des trajets très différents.
- Le mythe assigne une cause univoque à des situations plurielles où l'exclusion est à la fois cause, effet et mécanisme de production d'elle-même dans une tautologie structurelle, finalement peu éclairante.
- Le mythe véhicule le déni de toute transgression (violence, vol, alcoolisation, toxicomanie) lié aux états divers de la personne en situation d'exclusion : implicitement « il ne peut y avoir de volonté à être exclu ».
- Dans le cadre de ce mythe, les personnes endossent un statut de victime. La culpabilité est idéologiquement niée, de ce fait les personnes en situation d'exclusion ne peuvent pas se la réapproprier pour la traiter.
- L'ambivalence du vécu se trouve refoulée et par conséquent, son identification par le sujet moins accessible. Il n'y a plus d'interrogation possible sur les aménagements et les bénéfices secondaires.
- Elle crée par opposition une conception du bonheur social propre au inclus. Le mythe de l'exclusion participe à la légitimation du système comme projet social.
- Les enjeux de la culpabilité sont transférés sur tous (la société), la culpabilité inassignable devient flottante et donc difficile à métaboliser par chacun.

Dans sa démarche, Declerck envisage de dépasser les oppositions entre une approche psychiatrique et une approche sociologique des personnes en situation de grande précarité.

Les positions de la psychiatrie classique et de la sociologie sont dans l'impossibilité de penser les processus de clochardisation, car ils les renvoient à des causes bien connues (processus sociaux type désaffiliation par exemple, ou pathologies mentales, psychoses, addiction) mais externes au processus lui-même. Ainsi, l'exclusion sociale et la précarité créeraient des situations où le sujet exposé à des conditions de vie terrible développerait des pathologies mentales. Et par ailleurs, certaines pathologies mentales rendraient le sujet inapte à une vie sociale de plus en plus difficile de par les conditions économique-politiques, ce qui le placerait en situation d'exclusion sociale. Tour à tour cause et conséquence, la clochardisation ne peut s'appréhender comme état en soi.

Exclusion → souffrance psychique → inadaptation sociale → pathologie mentale

Ou renversement psychopathologique :

Pathologie mentale → souffrance psychique → inadaptation sociale → exclusion

« La sociologie comme la psychiatrie laisse la clochardisation exsangue de sens propre et spécifique » conclut Declerck.

Plutôt que de penser cette double articulation de façon circulaire, où ces 4 termes s'auto-détermineraient de façon mutuelle, sans présumer d'un point d'origine, Declerck va privilégier la voie de la métapsychologie. C'est-à-dire d'une explication causale qui renverrait à une spécificité de l'ordre du psychologique.

Declerck appuie son raisonnement sur la spécificité psychique du sujet en situation de grande précarité sur le refus d'amélioration de son état par le sujet lui-même. Il refuse (ou n'a pas de demande) d'aide sérieuse, rechute lorsque la situation s'améliore, etc. Sur l'idée que s'il s'agissait simplement de pauvreté, lorsque les aides permettraient de la combattre, le sujet devrait remonter la pente, et s'il s'agissait de maladie l'offre de soin devrait rencontrer une acceptation liée à l'amélioration que le sujet rencontre en se soignant. Or, il n'en est rien. Pour certains, « les plus gravement atteints parmi les SDF », ceux qu'il appelle « clochards » faute de mieux, force est de constater, qu'une spirale inéluctable vers la mort entraîne ces sujets nous laissant témoins impuissants de ce qui leur arrive.

Il est évident que la clochardisation n'est pas réductible à un seul type de cause. Étiologie multifactorielle, où des facteurs croisés économiques, familiaux, culturels, et de pathologies individuelles tels qu'alcoolisme, toxicomanies, psychoses, névroses graves, perversion, tout phénomène socio-psychologique aggravé par la vie à la rue, tous ces phénomènes participent du processus de clochardisation.

Dans une sociologie marxiste, on peut poser que le clochard est un exclu du système de production capitaliste en raison de ses troubles psychiatriques. Mais tous les inaptes pour ces types de problèmes ne sont pas clochards.

Pour Declerck, la clochardisation est à la pauvreté et l'exclusion ce que le délire mystique est à la religion : « une folie du sujet ». Ainsi pour lui la clochardisation est un « dérapage » et le clochard est un « fou de l'exclusion ». C'est en cela que la clochardisation serait spécifique.

Il s'agirait d'un processus psychique par lequel, la puissance mortifère de l'exclusion sociale s'imprime et s'intériorise au point que le sujet ne peut plus se vivre « que dans l'exclusion perpétuelle de lui-même » (p290) Le sujet exclu recrée lui-même les conditions de son exclusion. « Auto-exclusion pathogène, compulsive, endogène qui l'entraîne bien au-delà des limites de la marginalité que lui assignaient les processus de l'exclusion sociale, nous dit Declerck.

Mais pourquoi certains ? Tous les exclus n'inscrivent pas à l'intérieur de leur psychisme le mécanisme d'exclusion dont ils ont été l'objet. Passant ainsi d'objet de l'exclusion à un sujet exclu. Tous les schizophrènes ne s'inscrivent pas non plus dans ce processus qui consiste à répéter les conditions de leur exclusion perpétuelle.

Declerck propose une explication métapsychologique : La forclusion anale.

L'observation clinique, à défaut de discours analysable fournit le matériau qui lui permet de faire cette hypothèse non scientifiquement vérifiable, mais qu'il espère éclairante. Les troubles de la fonction anale sont observables de façon incontournable pour tout un chacun qui intervient auprès de ces publics. Trouble de la continence lié aux alcoolisations massives voilà pour le réel et d'un point de vue métaphorique, saleté, puanteur, perte d'objet récurrente, et perte des repères spatio-temporels renvoient au registre anal de la construction précoce de la personnalité. Pour lui, c'est la clinique de la grande désocialisation qui pousse à imaginer une autre forclusion que génitale (p. 311).

Si d'un point de vue psychanalytique la maîtrise du stade anal renvoie au niveau social à l'apprentissage de la propreté, il est clair qu'il y a dans la phénoménologie du clochard un

problème. On sait que Freud met en relation des traits de caractère de l'adulte avec l'érotisme anal de l'enfant grâce à la fameuse triade : ordre, parcimonie, entêtement.

De plus, le lien entre sadisme et érotisme anal se comprend par un symbolisme privilégié puisque le sadisme construit sur une bipolarité contradictoire vise à la fois la destruction et la maîtrise de l'objet, ce que l'on retrouve parfaitement dans les deux temps du stade anal où d'abord il s'agit de détruire par l'expulsion puis de maîtriser par la rétention.

Beaucoup de relations soignant-soigné dans le cadre de l'accueil, la prise en charge ou l'accompagnement de personnes très désocialisées sont empreintes de ce sadisme où l'agression, le récit ou la mise en scène insupportable, vise à la fois à attaquer (détruire) l'autre et à le maîtriser (le neutraliser, le pétrifier par la peur, la fascination, le dégoût, la stupeur, etc.).

Le stade anal, comme étape de la construction du psychisme humain par les apprentissages qu'il impose, structure le sujet sur des enjeux symboliques fondateurs de l'expérience humaine.

Le temps d'abord puisque l'ouverture et la fermeture du sphincter doivent se produire dans une temporalité différenciée convenable à la vie sociale médiatisée par la mère. C'est un apprentissage de la scansion du temps dans son inscription corporelle. L'enfant doit produire ou ne pas produire mais pas n'importe quand. Maîtrise du corps et apprentissage de la temporalité se voit ici liées.

Espace ensuite, avec ce repérage fondamental du dedans et du dehors qui se joue dans cet apprentissage. Intériorité et extériorité se combinent à la temporalité de l'ouverture et de la fermeture pour construire des repères spatio-temporels.

Enfin, Declerck souligne comme registre attaché à ce stade du développement, la question de la symbolisation de la perte (initialement des matières fécales, symbolisation qui entre dans une série d'autres symbolisations de l'objet) comme véhicule d'angoisse, de dépression et de morcellement.

Par la forclusion, c'est-à-dire d'un mécanisme de défense spécifique à la psychose, rappelons ce que Freud écrivait à ce propos dans les psychonévroses de défense : « il existe une sorte de défense bien plus énergique et bien plus efficace qui consiste en ceci que le moi rejette la représentation insupportable en même temps que son affect et ce conduit comme si la représentation n'était jamais parvenu au moi ». Avec la forclusion anale, Declerck suggère que « la grande désocialisation constitue une solution équivalente (mais non identique) à la psychose. Solution tragique et mortifère par laquelle les sujets se mettent à distance du pire qu'ils sentent bouillonner en eux. C'est à l'éventualité potentielle et fantasmagorique du meurtre, du suicide, de l'effondrement psychotique que la grande désocialisation offre une sorte de moyen terme et d'aménagement chronique » En ce sens, elle ne diffère pas de la toxicomanie dans le cadre de névrose ou de psychose dans sa fonction à de se substituer ou d'éviter la constitution d'un symptôme pour le premier cas ou dans sa fonction d'éviter le morcellement de tenir le sujet ensemble en évitant la décompensation pour le second. L'échec de la toxicomanie se prolongeant alors dans la grande désocialisation, cette fois non plus comme une étape transitoire mais comme un aménagement définitif.

Dans cette alternative au pire, le clochard rêve d'un monde de satisfaction immédiate, hors de toute frustration et de toute contrainte, sans blessure, ni hiatus, ni contradiction dans un continuum atemporel...

Cette proposition que Declerck nous propose comme hypothèse est séduisante par sa robustesse au regard de ce que la rencontre des personnes très désocialisées nous montre. Elle est éclairante sur un certain nombre de phénomènes récurrents, en indiquant un champ d'explication psychique cohérent. Toutefois, tous les clochards, relèvent-ils de cette organisation psychique ? On peut en douter, du fait des psychoses ou des troubles de

la personnalité sévères diagnostiqués parmi eux. De plus, les traits de caractères ou les comportements reliés à ce que la métapsychologie attribue à l'érotisme anal infantile, ne peuvent-ils pas être attribués à d'autres facteurs ou désorganisation psychiques ? Ainsi, pour les sujets insérés qui se retrouvent ensuite en situation de grande désocialisation, on peut s'interroger s'ils avaient des manifestations typiques consécutives à des perturbations de ce stade du développement avant ? Peut-être certains ? Tous ?

Enfin, on peut faire le même reproche à cette théorisation que Declerck faisait à l'exclusion comme cause univoque, à savoir de réduire des histoires, des trajectoires, des identités à un seul type d'organisation psychopathologique.

Pour autant, cette théorisation, la première, a le mérite (de tenter) de répondre à la question pourquoi certains vont-ils avec un tel entêtement dans des conditions d'existences aussi terribles et aussi particulières, jusqu'à la mort.

Ce qui n'est pas sans conséquence sur notre positionnement à l'égard des sujets en grande désocialisation et aux persécutions vouées à l'échec que nous leur infligeons à ne pas prendre en compte l'importance de leurs troubles psychiques dans notre acharnement à les vouloir réinsérés.

## Conclusion

S'il n'y pas d'entité spécifique (pas de structure supplémentaire à névrose, psychose et perversion, je laisserais de côté la question des états limites, il existe néanmoins la mise en évidence de processus psychiques à l'œuvre qui permettent d'orienter le travail avec les personnes en situations d'exclusion. Et notamment les questions de relations à soi, aux autres et au lien social structurées à partir d'une position internalisé d'exclu, qui poussent à recréer des contextes d'exclusion, d'abandon, de rejet et des pathologies du lien qui poussent à créer de la rupture lorsqu'il y a un attachement possible. Un abandon du corps et de soi « fou », même en l'absence de structure psychotique - quoique l'on puisse s'interroger sur la question du diagnostic possible ou pas possible. Dans ces cas, il pourrait s'agir de psychose non décompensée, masquée par la vie d'exclu, contenue par une identité d'exclu, qui à l'instar de celle du toxicomane tient le sujet morcelé.

D'autre part, si parler de souffrance psychique est commode pour communiquer et travailler ensemble de façon pluridisciplinaire, il ne faut pas perdre de vue que c'est une commodité de langage qu'il faut prendre comme telle : un raccourci, une approximation. Une généralité pour aller vite, à laquelle il faut se garder de coller, au risque d'annuler toute dimension d'exclusion, et donc de révolte. En prenant soin de ne pas réduire dans un amalgame, des problématiques nées de logiques d'exclusion différentes (économie, immigration, pathologies mentales, handicap, dynamique familiale ou sociale...), des histoires et des trajectoires singulières, bref toutes ces subjectivités particulières qui se cachent derrière « cette souffrance qu'on ne peut plus cacher ».

*Conférence prononcée à Rennes le 21 mars 2005 lors d'une Journée d'étude organisée par le Centre d'Information Régional sur les drogues et les dépendances de Bretagne (CIRDD Bretagne) avec la présence de Patrick Declerck qui témoignait à cette occasion de son travail avec les clochards de Paris (Les naufragés, Pocket, 2003).*