

Vers un questionnement sur la souffrance psycho-sociale

La souffrance n'est pas une maladie mais elle peut empêcher de vivre et avoir des répercussions chez la personne, mais également une incidence sur les intervenants. Comment agir et réagir face à des personnes exclues (ou que l'on pense être exclues), isolées et dont les problèmes sociaux et psychologiques peuvent parfois entraîner des comportements pathologiques et pathogènes ?

Nous allons nous pencher sur la souffrance psycho-sociale qui prend en compte une souffrance qui va au-delà de celle de l'individu, et qui a des origines complexes et multifactorielles, ce qui explique parfois que les professionnels puissent se sentir démunis.

La souffrance psycho-sociale

La souffrance psychique vécue par un individu et qui peut apparaître comme un problème collectif, car liée à des phénomènes économiques et sociaux est le type de souffrance le plus difficile à accepter par l'être humain. Le psychiatre Jean Furtos s'est longuement intéressé aux effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. L'augmentation de la souffrance est corrélative de celle de la précarité sociale (qui ne doit pas être confondue avec pauvreté ou exclusion) notamment présente sur les lieux de travail. C'est la perte de « l'objet social » (objets concrets comme le travail ou une allocation APA par exemple ou symbolique comme nos idéaux de vie) qui amorce cette précarité et qui peut entraîner une perte de confiance en l'avenir ou dans la société. Cette précarité sociale peut déboucher sur une précarité psychique qui se traduit par une angoisse qui empêche de se projeter et d'avoir un statut.

Le cas de monsieur P.

Monsieur P. âgé de 84 ans vit seul dans une vieille ferme. Il a une sœur de 87 ans qui habite à plusieurs km de chez lui, avec laquelle il entretient des liens ponctuels. Suite à plusieurs hospitalisations, des aides ont été mises en place (infirmières, auxiliaires, portage de repas). Les professionnels très inquiets des conditions du maintien à domicile et assez démunis ont donné l'alerte sur les conditions d'hygiène déplorables. Ce dernier vit au milieu d'excréments de chats, de toiles d'araignées et de tonnes de sacs et d'objets empilés. La pièce insalubre où il réside fait office de chambre, de salon et de salle d'eau. Une autre pièce servant de débarras pour tous ses objets collectionnés est inaccessible et infestée de souris. Il refuse de se séparer des encombrants y compris d'aliments périmés qui sont entassés dans le frigidaire. Monsieur P. ne gère plus ses papiers, mais rien n'indique qu'il souffre de troubles cognitifs. Il n'est guère dans la plainte et la demande d'aide. Les professionnels sollicitent toutefois le réseau VISage et les services sociaux afin d'apporter des solutions...

L'incurie apparaît être en lien avec une rupture auto-entretenu des liens sociaux. Ces situations peuvent être liées au vieillissement, à une pathologie (mentale ou autre) ou à des complications psycho-sociales étroitement liées à l'exclusion.

Cette vignette clinique met en avant une problématique à laquelle les professionnels de tout bord peuvent être confrontés. Très inquiets et soucieux de constater qu'une personne marginale puisse vivre dans un lieu insalubre, ils souhaiteraient à tout prix vouloir aligner le quotidien de monsieur P. à une norme dite « acceptable » par la société. Mais doit-il changer de mode de vie pour autant ?

Les professionnels peuvent donc éprouver des difficultés et être confrontés à une souffrance due au sentiment d'impuissance, puisque parfois les solutions pensées et proposées sont en total décalage avec celles attendues par le patient. L'action peut parfois aussi être à l'origine d'une majoration des troubles. La question est, comment agir sans être nécessairement dans le « faire » ? La présence, l'analyse et la disponibilité du professionnel est centrale dans une bonne prise en charge, même si l'acte concret se fait attendre.

Les conséquences de la perte de l'objet

Furtos (2009), développe quatre zones de la perte de l'objet social :

- La zone d'intégration où la perte est tolérée et la précarité est normale. La souffrance est supportable et n'empêche pas le sujet de vivre et de se projeter.
- La zone de vulnérabilité où la perte est possible. On entre dans une zone de vulnérabilité psychique sans pertes des objets sociaux, mais qui favorise le stress ou des pathologies de type dépression, étant donné l'apparition du sentiment angoissant d'incertitude (le spectre de la perte de l'objet est omniprésent).
- L'assistance et l'insertion où certains objets sociaux sont perdus. Dans ce cas de figure, les effets psychiques sont réversibles et l'individu est encore animé par un désir. Un objet perdu (prenons l'exemple d'une allocation financière) mais qui a la possibilité d'être récupéré permet de maintenir l'espoir de l'utilisateur.
- Enfin, l'exclusion qui est synonyme de perte d'objet et dans laquelle la souffrance narcissique est extrême et empêche de vivre. A ce stade, l'exclusion sociale s'accompagne d'un désinvestissement et d'une déliaison sociale, fruits d'une auto-exclusion psychique.

Lorsque la rupture du lien social s'accompagne de problèmes de santé physique et des problèmes comportementaux, elle peut se répercuter sur l'aidant et nécessiter une adaptation des différents professionnels. L'expression d'une souffrance psychique fortement associée à la précarité et à l'exclusion infiltre le champ social et peu à peu les lieux de soin et doit être intégrée dans les pratiques. Il est donc primordial de repérer les différents indices de désocialisation qui favorisent l'exclusion tels que l'apparition de symptômes psychiques comme la honte ou l'inhibition. Certains signes comme l'isolement, la rupture des liens, l'apparition de conduites atypiques (par exemple la syllogomanie qui consiste à accumuler des objets inutiles) ou de troubles de comportement sont révélateurs d'un malaise pouvant être synonyme de mal-être.

L'incurie et le collectionnisme pathologique (syndrome de Diogène) sont emblématiques de cette souffrance.

Conclusion

La santé mentale a une incidence sur la façon de bien vivre ensemble qui est susceptible d'être altérée par une souffrance psychique d'origine sociale. C'est donc un enjeu de société et de santé publique. Travailler sur la prévention et le repérage des signes de la souffrance psychique passerait par la connaissance des situations et des événements de vie générateurs de souffrance et l'identification des facteurs de risque (douleur chronique, perte d'autonomie...). En sus de ces informations, les différences interindividuelles sont prépondérantes à prendre en compte, puisque chaque personne présente des particularités psychiques qui marquent ses conduites sociales.

Ce type de souffrance peut toucher des gens de tous âges et de tout milieu (cadre, SDF, personne âgée...) et avoir diverses conséquences. Certaines souffrances psycho-sociales sont bénignes et d'autres invalidantes.

Les concertations pluridisciplinaires, le travail en réseau et les formations permettraient de penser aux différentes solutions à proposer (hospitalisation d'office, signalement social ou tout simplement « ne rien faire ») et appuyer la réflexion des professionnels afin de minimiser leurs difficultés.

Une chose est sûre, il faut être en mesure d'aller au-delà de nos projections et de nos représentations sociales.

Sonia BACHA, Réseau gériatrie VISage, Vienne

Référence : Furtos, J. « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale ». Mental Idées n°11, Dossier Souffrance et société, Ligue bruxelloise francophone de la santé mentale, 09/2007.