

LA SOUFFRANCE PSYCHOSOCIALE

On entend souvent parler de souffrances psychiques, d'origine sociale. L'idée de cette formation flash est de pouvoir définir de quoi il s'agit, et de réfléchir sur ses aspects théoriques et cliniques, d'identifier son impact.

Il sera aussi abordé la façon dont la souffrance psychosociale des personnes que l'on suit, vient questionner le rôle des professionnels, les interpeller sur leurs pratiques, et les limites de leurs métiers.

En abordant la notion de souffrance psychique et psychosociale, on aborde la question de la santé mentale. Celle-ci est souvent envisagée comme quelque chose de binaire : on a une bonne santé mentale / on n'a pas une bonne santé mentale, on présente une pathologie psychiatrique ou on n'en présente pas.

Il s'agit d'une vision restrictive de l'approche du psychisme. Tout le monde a une santé mentale (capacité à être affecté par ce qui nous arrive, à se sentir acteur de sa vie, à être bouleversé par des choses qui vont nous préoccuper, nous toucher).

Notre santé mentale n'est pas figée, elle peut évoluer, être perturbée, se stabiliser. La notion de santé mentale concerne tout le monde, à l'inverse des troubles psychiques :

- On peut se sentir affecté, et avoir une santé mentale moins bonne par moment.
- On peut avoir un trouble psychique et une bonne santé mentale (rétablissement).

En l'absence de pathologies psychiatriques, lorsque l'on présente un mauvais état de santé mentale, il est souvent question de souffrance psychosociale. Il ne s'agit effectivement pas d'un trouble psychique répertorié.

Que fait donc la psychiatrie de cette question de souffrance psychosociale ?

- Premièrement, il faut **établir un diagnostic**. **Qu'est-ce que le diagnostic en psychiatrie ?**
Il s'établit progressivement sur des signes qui sont observables ou rapportés par le patient, en éliminant d'autres causes (diagnostic différentiel), et en élaborant une anamnèse (parcours de vie, antécédents familiaux).

Quand on parle de diagnostic différentiel, il s'agit de statuer sur une hésitation. Par ex. : un patient a des symptômes évoquant un trouble de la personnalité borderline ou un trouble de la bipolarité. Dans ce cas, il faut s'intéresser à l'aspect relationnel, qui sera plus marqué dans le trouble de la personnalité borderline, ou à la stabilité des émotions.

- Les professionnels en psychiatrie s'appuient sur un référentiel qui sont les classifications en psychiatrie. Il en existe plusieurs mais deux sont réellement exploités :
 - o La CIM 10 : classification de médecine, établie par l'OMS en 1994, mise à jour en 2006,
 - o Le DMS 5, datant de 2015, établi par l'association américaine de psychiatrie, qui répertorie exclusivement des diagnostics en psychiatrie.

Ces deux outils servent de référentiels pour les soignants en psychiatrie.

Un diagnostic donne un cadre de référence à la fois pour :

- Les soignants : il leur apporte des indications sur le traitement à mettre en place, les prises en charges possibles.
- La personne et son entourage : il permet de rassurer, de donner des indications sur ce qui est observé et qui était problématique.

L'écueil d'un diagnostic en psychiatrie est qu'il peut être stigmatisant. Il est parfois complexe pour les patients de s'identifier à des étiquettes psychiatriques, au regard des représentations que l'on peut en avoir.

L'observation des signes permet la réalisation d'un diagnostic. Des éléments du comportement des personnes accompagnées peuvent être des signes d'alerte. Selon le contexte, ces signes n'auront pas la même signification. Par ex., un trouble du sommeil peut évoquer différents problèmes : stress post-traumatique, dépression. Il faut contextualiser ce signe, l'inscrire dans un tableau clinique qui donnera d'autres indications.

Un récapitulatif des signes d'alerte les plus fréquents est proposé sur le support de présentation (Cf. PJ).

La psychiatrie se base souvent sur une approche nosographique (descriptive des maladies). Il existe d'autres approches pour appréhender un diagnostic :

- L'approche fonctionnelle qui sera plus utilisée pour les troubles neurologiques (description des difficultés du patient dans sa vie quotidienne).
- L'approche clinique, décloisonnant les champs, est plus adaptée au public précaire. L'étymologie du mot « clinique » est « auprès de la personne ». Cette approche prend en compte la singularité de la personne accompagnée, et part des demandes de cette personne, sans jamais généraliser. Elle permettra de créer un lien avec la personne concernée, elle est accessible à tout type de professionnel. Par ex. : une maîtresse de maison en structure d'hébergement aura un rôle clinique très important, car elle pourra observer au quotidien les changements.

Cependant, il n'est pas toujours aisé de décloisonner les champs. Face à quelqu'un qui est en souffrance, il est important d'en identifier la raison. Est-elle liée à sa situation sociale ou à quelque chose d'intrinsèque ?

Il y a une surreprésentation de la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes qui sont sans domicile (Cf. PJ). Il est parfois très compliqué de poser un diagnostic psychiatrique pour ce public. Des comorbidités, notamment sociales, sont extrêmement importantes. Elles viennent brouiller l'approche clinique. Est-ce une pathologie psychiatrique, ou une souffrance en lien avec un contexte social ?

La souffrance psychique d'origine sociale nous permet de nous reconnaître en tant que membres de la communauté des humains. Nous avons tous fait l'expérience de la souffrance psychique à des degrés différents (naviguer entre des moments où tout va bien, et d'autres où cela va moins bien).

La souffrance psychique n'est pas forcément prédictive d'un besoin de soins. La question du soin sera à envisager en fonction de la durée, de l'intensité et des répercussions de cette souffrance psychique sur les différents aspects de la vie d'une personne.

Le concept de souffrance psychique d'origine sociale par Jean FURTOS

Jean FURTOS, psychiatre reconnu pour ses travaux sur la souffrance psychique d'origine sociale dans un contexte de précarité, s'appuie sur des observations cliniques (sur le terrain), sur l'écoute d'intervenants auprès de personnes en situation de précarité, pour développer cette notion.

FURTOS s'appuie sur FREUD, notamment sur le concept de malaise de la civilisation et la théorie de la nécessité de renoncement à la satisfaction de nos besoins pulsionnels comme condition au vivre ensemble (faire société) et à la garantie d'une sécurité au sein de notre société. Ce renoncement peut paraître comme une forme de souffrance mais il offre les conditions d'un pacte pour un bien « vivre ensemble ». Pour certaines personnes, ce pacte n'est plus si évident. La société n'est plus en capacité d'offrir cette sécurité et cette reconnaissance d'une place en son sein.

Selon FURTOS, ce qui permet de donner une place à un individu, c'est ce qu'il a ou qu'il n'a pas, en termes d'objets sociaux (logement, famille, diplômes, travail, réseau social...). Ces objets sociaux permettent à l'individu de se

définir et de se voir attribuer une place (valeur individuelle, une identité). Cela n'a pas toujours été le cas. A une époque, nous étions plutôt reconnus à travers des valeurs, plutôt qu'à travers des possessions. A l'heure actuelle, ce sont ces objets qui vont être le « faire valoir » pour exister sur la scène sociale.

Ne pas posséder ces objets sociaux ou craindre de les perdre est, pour FURTOS, la source d'une authentique souffrance psychique particulière. La pire des souffrances est de ne pas être reconnu par ses pairs, d'être exclu de la communauté.

Jean FURTOS aborde également la question de précarité psychique qui est constitutive de tout être humain. A sa naissance, en l'absence d'un entourage prodiguant des soins, l'enfant est voué à mourir. Il y a une forme de vulnérabilité qui existe très tôt chez les êtres humains, et qui nous inscrit d'emblée dans un lien à l'autre. Sans se connecter à l'autre, on ne peut pas survivre. **La pire des exclusions, la mort symbolique est d'être exclu de sa communauté.**

Jean MAISONDIEU parle d'une triade qui amène progressivement à l'exclusion sociale. Cette triade démarre par :

- la **honte** (de la situation dans laquelle on se trouve, de demander de l'aide).
- Cette honte peut conduire à une forme de **découragement** (à quoi bon essayer de s'en sortir ?).
- Le découragement peut amener à une forme d'**inhibition** (perte d'énergie, perte de la capacité à investir quelque chose de soi pour essayer d'améliorer la situation).

Il s'agit de ruptures progressives, qui ne sont pas irréversibles. La rencontre avec quelqu'un de bienveillant, et d'aidant permet parfois de stopper les ruptures.

Quand on aborde ces questions d'exclusion, on a l'impression que c'est un processus qui vient de la personne. Cependant, nous vivons dans une société excluante. Jean MAISONDIEU va jusqu'à dire qu'un « bon exclu » est un exclu mort. Il n'est plus dans notre champ de vision, de pensée. Notre société actuelle produit cette forme d'exclusion. Quelle place une société axée sur l'économie, sur l'approche capitaliste et néo-libéraliste accorde-t-elle à ces personnes exclues ?

Jean MAISONDIEU, de façon assez radicale, avance que les personnes exclues, ne trouvant pas leurs places, sont mises au ban de la société. La société pourrait résoudre cette question éminemment politique de l'exclusion sociale. Mais nous nous sommes habitués à ce que l'exclusion fasse partie de notre paysage. Il ne faut pas occulter la dimension sociétale et politique du phénomène d'exclusion.

Pour revenir à la notion souffrance psycho-sociale, FURTOS rappelle que la souffrance a une fonction mais qu'elle a aussi des effets et peut amener à modifier le rapport qu'on a à soi-même, aux autres, et modifier notre capacité à agir.

Cette notion de souffrance est importante, car quand il y a une souffrance, un espace transitionnel est présent, et l'on pourra s'appuyer sur ce dernier.

La souffrance n'est pas forcément dévastatrice, elle peut amener à une forme de remaniement (interne et externe). La souffrance a aussi une fonction, si cela est possible, de permettre de transformer quelque chose.

Dans le cas de souffrance psychique d'origine sociale, les personnes en situation de grande précarité manifesteront une douleur d'exister, violemment exprimée. Cette douleur ne sera pas forcément adressée à des psys, mais souvent à des professionnels qui ne sont pas du champ de la santé mentale. Elle a des effets sur les intervenants, pas toujours suffisamment outillés pour y répondre, car elle déstabilise. Cette souffrance dépasse la frontière du sanitaire et du social. Elle tient du registre du subjectif et en même temps, du social.

Cette souffrance fragilise. Elle peut parfois s'aggraver, et amener à des décompensations de troubles psychiques bien identifiés, qui étaient latents.

FURTOS invite à observer le rapport à la souffrance. **Comment la personne va s'articuler par rapport à cette souffrance psychique ?** Est-ce qu'une demande d'aide va être possible ? Trois modalités de réactions décrites :

- Des personnes qui sont conscientes de ce qu'elles sont en train de vivre, vont réussir se mobiliser pour aller chercher les aides et les soutiens dont elles auront besoin pour sortir de leur situation de précarité, et surtout sortir de cette souffrance.
- Quand cela devient plus compliqué de demander de l'aide, lorsqu'un sentiment de honte s'installe. La personne va se faire plus discrète, elle va moins oser, ne partagera plus les choses compliquées qu'elle vit et ne trouvera pas les ressources pour demander de l'aide.
- Troisième modalité : le **syndrome d'auto-exclusion**, à la fois extrême et paradoxale. Selon FURTOS, c'est le pire état de santé mentale sans pathologie psychiatrique.

Le syndrome d'auto exclusion :

Au départ, il se caractérise par une perte de courage, assez simple à repérer. La personne est encore capable de verbaliser sa perte d'espoir. Progressivement, la personne évolue vers une perte de pouvoir d'agir qui va inconsciemment amener le sujet à **transformer une situation passive (la situation d'exclusion) en une situation active qui va être de s'autoexclure.**

C'est une défense paradoxale : s'exclure de sa propre subjectivité pour survivre à une situation qui est insupportable. FURTOS décrit des signes très précis de ce syndrome d'auto exclusion, des signes de déshabitation de soi-même qui vont affecter le corps, la pensée et les émotions. :

- **Une anesthésie corporelle** : les personnes ne vont plus ressentir ce qu'il se passe dans leurs corps. FURTOS parle d'hypoesthésie.
- **Une inhibition de la pensée** : incapacité à réfléchir, à organiser ses pensées, à prendre des décisions. Il ne s'agit pas d'une déficience ou d'un trouble de la pensée comme on peut en trouver dans certains troubles psychiatriques de type psychose. C'est réellement une sorte de congélation de la pensée, qui n'est plus du tout en mouvement.
- **Ce mécanisme est le même pour les émotions** (émotions très atténuées, hypomanie avec une excitabilité permanente).

D'autres signes peuvent apparaître, et s'ajouter à ce syndrome d'autoexclusion.

Il est intéressant de voir comment, au niveau psychodynamique, ces signes s'accordent les uns aux autres. On parle d'exclusion comme d'une situation qui est presque une « mort » symbolique, qui est transformée en auto exclusion pour la rendre supportable. La personne se coupe de ses ressentis, de son vécu.

Dans ce processus, être en lien, se reconnecter aux autres et à soi-même est une source de danger. Pour maintenir cette situation supportable, une rupture active des liens se fait inconsciemment. FURTOS parle d'une abolition de la vergogne (ce qu'il appelle « la bonne honte »).

La honte est l'affect le plus social, elle nous invite à prendre en considération le regard de l'autre vis-à-vis de ce que l'on fait et dit, et à se censurer sur ce qui n'est pas acceptable. Pour les personnes qui ont le syndrome d'autoexclusion, cette honte là disparaît, comme si le regard de l'autre ne comptait plus.

FURTOS explique aussi que plus on aide ces personnes, plus elles vont mal. C'est ce qu'il appelle **la réaction thérapeutique négative**. Pour certains, il peut y avoir d'autres symptômes qui vont s'ajouter comme l'incurie (difficulté à habiter son corps, et parfois son logement). Le syndrome d'autoexclusion ne se trouve pas

exclusivement chez des personnes à la rue, mais aussi chez des personnes logées. L'errance peut également être un autre signe. Les signes du syndrome d'autoexclusion ressemblent beaucoup aux symptômes négatifs de la schizophrénie.

FURTOS interroge aussi le diagnostic différentiel. Pour le syndrome d'autoexclusion, l'intervention d'un professionnel peut permettre de rendre réversible les troubles en travaillant sur la question de la place de l'autre, des effets de la précarité sociale sur la personne ; ce qui n'est pas le cas pour les troubles psychotiques.

Demandes / non demandes

Concernant la clinique de la souffrance psychosociale, FURTOS évoque aussi une difficulté en lien avec les « non demandes » des personnes accompagnées.

Lorsqu'elles sont en demande, elles ne s'adressent pas forcément aux personnes qui pourront leur apporter une réponse. L'inversion des demandes, qui est déstabilisante pour les professionnels, s'inscrit dans la logique du syndrome d'autoexclusion. Si une personne ne souhaite pas « décongeler » ce qui a été « congelé », il vaut mieux ne pas en parler à un psy.

A l'inverse, aller demander un logement à un psychiatre dont le rôle n'est pas de répondre à cette demande peut amener le psychiatre à engager un travail sur le projet de la personne « d'habiter » (habiter son corps, habiter quelque part).

Ces inversions de demandes sont intéressantes sur le plan clinique, mais elles nous obligent à être dans une approche pluridisciplinaire, à travailler en réseau. Selon FURTOS, dans le syndrome d'autoexclusion, le sujet réapparaît de façon furtive, souvent dans l'urgence. Même si on ne peut pas soigner ou faire aboutir une démarche dans l'urgence, on peut tenter de dessiner quelque chose ensemble.

En ayant toutes ces informations, il est temps de s'intéresser à la prise en soins d'une souffrance psychosociale.

Peut-on soigner la souffrance psychosociale ? Qui peut soigner et comment soigner ?

Les personnes concernées par la souffrance psychosociale sont à l'interstice de tous les champs, car en effet, les demandes ne vont pas être adressées aux personnes adéquates.

On parle de souffrance psychosociale comme n'étant pas une pathologie en soi, mais les pathologies psychiatriques peuvent coexister avec de la souffrance psychosociale. Les deux ne sont pas indissociables. La souffrance psychosociale peut nécessiter des soins spécialisés quand elle devient invalidante, c'est-à-dire quand elle compromet la capacité à assumer le quotidien, à rester en lien avec soi-même et avec les autres.

Au regard des définitions de la précarité et de la santé mentale (diapo page 8), il est flagrant que le public en situation de grande précarité ne peut pas être en bonne santé mentale. Jean FURTOS définit la santé mentale comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable ; sans destructivité mais non sans révolte, c'est à dire la capacité de vivre avec autrui, et de rester en lien avec soi-même ».

Il est important d'apporter des soins aux personnes en souffrance psychosociale quand :

- elles n'arrivent plus à vivre leur vie quotidienne,
- à rester en lien avec leur environnement,
- à être en lien avec elles-mêmes (quand il est question de destructivité par exemple) ou rester en lien avec les autres (rupture active des liens).

Pour soigner, on peut agir sur les déterminants de la santé mentale (facteurs de vulnérabilité/de protection). Il existe trois grands types de déterminants de santé mentale :

- Les déterminants individuels qui concernent la personne uniquement

- Les déterminants sociaux qui concernent son environnement, ses ressources
- Les déterminants sociétaux qui concernent les personnes vivant dans une société.

Un déterminant en soi, n'est ni positif ni négatif. Il va dépendre de la façon dont une personne se l'approprie, de sa capacité à être résiliente (résilience : capacité à faire face et à rebondir après un événement négatif).

En tant que professionnels du « CARE », des actions sont possibles pour agir sur certains de ces déterminants. Par exemple, le déterminant le plus délétère pour la santé mentale est l'isolement social. Le public précaire est isolé socialement. On peut les inciter à rompre l'isolement, en créant du lien (en rejoignant une asso sportive par exemple...). Il est important de recréer des objets sociaux, et d'être moins en rupture avec les autres. La santé mentale positive (bien-être...) peut être assez normative. Il est intéressant de faire un pas de côté par rapport à ces notions-là.

Il y a un postulat éthique qui est de garder en tête : il y a toujours un sujet quelque part. Les professionnels peuvent avoir envie d'amener la personne vers ce qui leur semble être une proposition intéressante. Cependant, cela peut dépasser ce que la personne est capable d'accepter dans sa temporalité.

Point de vigilance : il ne faut pas se précipiter, ni renoncer. C'est toute la difficulté : ne pas être dans la non-assistance, ni à l'extrême inverse. Une intervention coercitive peut être mal traitante et non respectueuse de la personne et de ses droits. Dans ce genre de situations, il est conseillé de toujours travailler au cas par cas. Il n'y a pas de position fixe à tenir pour chacune des situations.

QUESTIONS-REPONSES :

Q : Notre système actuel, qu'il soit médical ou social, va complètement à l'encontre des besoins de connexions à l'autre, comme évoqués précédemment (besoin primordial dans ces situations d'exclusion). Une mauvaise affectation de secteur, ou une entrée en hébergement, sont souvent à l'origine de ruptures d'accompagnement ou de parcours. **Quels moyens sont donnés au suivi au long cours de ces personnes ?**

R : Effectivement, il y a des ruptures des deux côtés. Parfois c'est la personne qui va être elle-même dans une rupture active, parce que construire un lien avec autrui, c'est prendre des risques. L'enjeu est de trouver la bonne proximité dans la relation qu'on va construire avec les personnes très « abimées » par toutes ces souffrances.

Du côté des professionnels, essayer de penser quelque chose qui va permettre une continuité peut s'avérer difficile du fait des incapacités techniques, institutionnelles, conjoncturelles. L'idéal serait qu'il y ait un fil rouge dans le suivi des personnes. Le Samu Social suit parfois des personnes au très long cours. Ils restent des acteurs en « arrière-plan », même après la stabilisation des conditions de vie de la personne.

Q : **Comment des professionnels sociaux, dans un temps défini et court (notamment dans le cadre d'accompagnement à l'insertion professionnelle), peuvent aider une personne en souffrance psychosociale à se rendre compte de ce qu'elle vit ?** Les personnes se rendent dans les services d'insertion professionnelle dans le but de trouver un emploi ou une formation. Cependant, il existe des prérequis (être bien dans ses « baskets » ...). Parfois, des personnes en souffrance psychosociale sont freinées dans leur volonté de s'insérer professionnellement. Comment sur ce temps court, débloquer des choses, y-a-t-il une manière de faire ?

R : Sur un temps court, c'est toujours très compliqué. Le temps social et le temps psychique ne sont pas les mêmes. C'est une question compliquée, nous sommes dans un système avec des échéances et des exigences de résultats, en total décalage avec l'endroit où se trouvent les personnes dans leurs réflexions/ cheminements. Il y a des choses à réfléchir :

- Qu'est ce qui serait à mettre au travail ?

- Est-ce qu'il s'agit de quelque chose de toujours singulier ?
- S'agit-il de choses communes à toutes les personnes rencontrées ?

Dans le registre de l'individuel, il est difficile d'avoir une proposition qui va tout de suite donner une réponse.

Il est aussi proposé de se reposer sur des outils pour questionner la santé mentale auprès du public d'une façon différente. PSYCOM, un organisme qui développe des outils venant travailler les représentations sur la santé mentale. Il s'agit d'outils de type cosmos, imagés qui peuvent être travaillés de façon individuelle ou collective. <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-ressources-en-sante-mentale/>

Q : Quand nous sommes confrontés à une personne souffrant d'un syndrome d'autoexclusion, avez-vous des conseils pour réussir à maintenir le lien avec la personne accompagnée, sans forcément être dans une démarche d'actions ?

R : La première réponse à apporter est de créer un lien de confiance avec la personne, en montrant qu'on est digne de confiance. Souvent les personnes rencontrées ont été malmenées par les institutions, ont l'habitude d'être ballotées. Ces personnes cherchent essentiellement des interlocuteurs en qui ils peuvent avoir confiance.

Il est aussi préconisé de porter la demande à la place de la personne, sans infantiliser. Parfois, elles ne sont pas en capacité de porter leurs demandes. Savoir qu'elles peuvent s'appuyer sur quelqu'un qui va le faire à leur place peut amener du changement. La demande portée par un tiers revient beaucoup dans la littérature sur le thème de la souffrance psychosociale. Cela ne concerne pas que le public précaire, elle touche aussi les jeunes enfants, les adolescents, les personnes soumises à contrôle judiciaire.

Q : Pouvons nous avoir un exemple de demande portée par un tiers ?

R : Une personne montre des signes d'anesthésie corporelle. On voit bien qu'elle ne ressent pas de douleurs. L'accompagner vers le soin, et rester dans la durée avec elle, c'est venir porter la demande à sa place. Il s'agit d'apporter à une personne l'expérimentation d'une relation d'aide, d'un accès aux soins, pour en faire des expériences plus positives que ce qu'elles ont pu connaître dans le passé.

Q : Une professionnelle accompagnant des allocataires du RSA partage son expérience : certaines personnes accompagnées par des professionnels de santé ne croient plus aux bénéfices d'un suivi notamment psychologique. La structure a tenté d'avoir un psychologue au sein de leur équipe, pour raccrocher aux soins. **La plus grande problématique reste le délai pour obtenir un rendez-vous avec des professionnels de santé mentale. Quelles peuvent-être les solutions alternatives ?**

R : Être en lien entre partenaires sociaux, médico-sociaux, et médicaux peut être une solution. Dans la continuité de l'idée de soutenir la demande d'un tiers, on peut aussi montrer à la personne suivie que le professionnel vers laquelle on l'oriente est une personne en qui nous avons-nous-même confiance. Les professionnels de santé mentale ont certainement un effort à faire pour accepter l'idée que des demandes puissent être portées par des tiers, et donc assouplir les cadres d'intervention. Pour Hamel DJEDDI, si l'autre n'est pas là pour penser un projet de soins, il est peu probable qu'une personne en souffrance psychosociale fasse la démarche elle-même.

La question de « la demande portée par un tiers » doit être réfléchie, car elle est à faire évoluer dans la mentalité des professionnels, notamment sur :

- Quelle place accordons-nous à un tiers dans l'accompagnement ?
- Comment entendre le tiers tout en garantissant un espace à l'individu dans sa subjectivité ?

Au sujet de « l'expérience », beaucoup de personnes en situation de grande précarité ont eu des expériences négatives d'accès aux soins. Cela constitue autant de motif de renoncement par la suite. En EMPP, un travail

individuel est mené sur le renoncement, les expériences négatives, les soins sous contrainte, pour permettre de l'accroche.

Q : Comment considérer les consommations de produits psychoactifs (légaux et illégaux) dans le cadre de la souffrance psychosociale ?

R : Les consommations apparaissent comme des tentatives de solutions pour les personnes. Elles font partie des réponses qu'une personne trouve individuellement, pour venir atténuer une souffrance. Cela concerne toutes situations d'addiction. Les consommations de produits répondent à un principe d'immédiateté. Les personnes se sentent apaisées immédiatement par leurs consommations.

Q : Il ne s'agit donc pas de quelque chose sur laquelle se focaliser chez les personnes en situation de souffrance psychosociale ?

R : Parfois, les consommations participent à de l'anesthésie émotionnelle. Avec les personnes consommatrices de produits, les professionnels « marchent sur des œufs ». Il y a un tas de choses dont il ne faut pas parler. Ces personnes font des efforts importants pour s'empêcher de penser. Cet effort est à respecter, puisque c'est ce qui fait que ces personnes tiennent. La question est de savoir jusqu'où elles pourront tenir. Parfois les corps lâchent. Ces consommations peuvent être perçues comme des mécanismes de défense, malgré le mal qu'elles peuvent faire. Il est rappelé que certaines personnes ont d'autres pratiques, ou conduites qui peuvent être aussi délétères mais moins spectaculaire.

Q : Au sein d'une association lilloise de psychologues, un travail est réalisé sur le renforcement des compétences psychosociales. Quelles sont vos visions sur les compétences psychosociales, quelle place leur accordez-vous dans vos pratiques ?

R : Il est important d'en faire la promotion car il s'agit d'un enjeu majeur de la promotion de la santé mentale pour tout le monde. Pour le public précaire, il est primordial de venir retravailler ces habilités-là. Ce travail sur le renforcement des compétences psychosociales demande une approche spécifique. Cependant, dans le travail social, de la réhabilitation psychosociale est faite au quotidien sans forcément s'en rendre compte (les activités proposées jouent sur la mobilisation des compétences de la personne).

Q : Comment accompagner des personnes non-francophones dans la prise en soin de leur santé mentale, existe-t-il des solutions d'interprétariat ?

R : Un dispositif d'interprétariat médical est porté par le Réseau Santé Solidarité. Des interprètes sont mis à disposition de partenaires identifiés, pour intervenir lors de consultations médicales, notamment auprès de DIOGENE. L'obstacle de la langue est effectivement un gros frein au soin. Les professionnels des EPSM ont également accès à des listes de professionnels maîtrisant certaines langues, et qui peuvent intervenir en CMP, ou en hospitalisation.