

Mentale

BFSM
numéro 7
09 2005

idées

L i g u e
Bruxelloise
Francophone
pour la
S a n t é
M e n t a l e

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél : 02 511 55 43
fax : 02 511 52 76

e-mail :
lbfsm@skynet.be

Editeur responsable:
Eric Messens - 53, rue du
Président à 1050 Bruxelles
Parution: 3 fois/an

Avec le soutien de la
Commission Communautaire
Française de la Région de
Bruxelles-Capitale.

● ● ● Dossier thématique

Avec l'âge , on vieillit...

avec des articles de

- Isabelle Boniver
- Myriam Leleu
- Régina Goldfarb
- Damien Hombrouck
- Martine Massart
- Françoise Jacques et Le Groupe de Mémoire Vivante
- Géraldine Castiau
- Françoise Herrygers

● ● ● Questions *d'actualité*

Où en sont les projets de réglementation des professions de santé mentale ? -

BRIGITTE DOHMEN, pour la Plate-Forme de
Concertation des Professions de Santé Mentale

Les psychothérapies et le champ freudien

PHILIPPE HELLEBOIS

• • • Mental'idées

est une publication de la
Ligue Bruxelloise Francophone
pour la Santé Mentale
L.B.F.S.M.

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél: 0032 02 511 55 43 de 9h.00 à 17h.00

fax: 0032 02 511 52 76

e-mail : lbfsm@skynet.be

• • • Equipe

Eric Messens,
directeur, psychologue

Pascal Banzira,
informaticien

Ariane Coppens,
documentaliste

Michèle De Bloudts,
animatrice-coordinatrice

Françoise Herrygers,
animatrice-coordinatrice

Philippe Hoyois,
chercheur, sociologue

Marie-Dominique Migeotte,
secrétaire

• • • Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel, vice-président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. Le
Méri dien

Elisabeth Collet, coordinatrice du S.S.M.
L'Adret.

Dr. Philippe Hennaux, président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur de "La Pièce"
de l'Equipe.

Dr. Jean-Paul Matot, vice-président de la
L.B.F.S.M., médecin-directeur du S.S.M. de
l'U.L.B..

Pierre Smet, psychanalyste au S.S.M. Le
Sas.

Responsable de publication

Eric Messens, directeur de la L.B.F.S.M.,
psychologue.

Mise en page et graphisme

Françoise Herrygers, coordinatrice du *Mfi*

Mental'idées

Information / Insertion

Les articles et annonces peuvent être adres-
sés à la L.B.F.S.M. 53, rue du Président -
1050 Bruxelles, au nom de
Françoise Herrygers, tél: 02 511 55 43
fax: 02 511 52 76
e-mail: herrygers.lbfsm@skynet.be

Pour plus de facilité, il est préférable qu'ils
soient dactylographiés; pour les envois infor-
matiques: en pièces jointes et en Word sous
Windows. Les textes manuscrits lisibles seront
également acceptés.

N'oubliez pas d'y joindre les coordonnées
complètes de l'auteur ou de la personne de
contact.

*Le Comité de lecture et de rédaction de Mental'idées se
réserve le droit de refuser la publication d'une annonce
ou d'un texte reçu.*

*Les textes parus dans Mental'idées ne peuvent être
reproduits qu'après accord préalable de la revue et
moyennant mention de la source.*

Psycendoc

Centre de documentation de la L.B.F.S.M.
53, rue du Président - 1050 Bruxelles, 1er étage

Horaire

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30

Mercredi de 10h.30 à 13h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements: Ariane Coppens,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psycendoc.lbfsm@skynet.be

Services

- Pour le public et les professionnels, orientation,
informations, renseignements par téléphone ou sur
rendez-vous.

- Pour les (futurs) professionnels, fichier-formations
consultable sur place.

- Pour les (futurs) professionnels, offres d'emploi
consultables sur place.

Renseignements: Michèle De Bloudts, 02 511 55 43

e-mail: debloudts.lbfsm@skynet.be

Sommaire

- p. 3 **Editorial** - Eric Messens
- P. 4 **Groupes et Coordinations thématiques** : programmes 2005-2006
- P. 14 **Echos**
p.14 *Le Groupe P.O.P.* - p.16 *Actes du Congrès "Et les enfants, ça va ?"*
- P. 18 **Dossier thématique Avec l'âge, on vieillit...**
- p.18 **INTRODUCTION**
- *Vieillir, une question pour tous...*
 - *La Coordination "Personnes âgées", actrice de changement.*
Isabelle Boniver
- p.22 **VEILLIR**
- *Regard d'une gérontologue.*
Myriam Leleu
 - *De la privation sensorielle et relationnelle progressive à la proximité de la mort... la peur.*
Régina Goldfarb
 - *Anna: imaginaire et continuité.*
Damien Hombrouck
- p.39 **DES LIEUX, DES ESPACES**
- *Le placement en Maison de repos, un traumatisme.*
Martine Massart
- P.43 **DES PRATIQUES DE SOLIDARITÉS**
- *Vers une solidarité intergénérationnelle: Mémoire Vivante.*
Françoise Jacques
 - *Comment vivons-nous notre vieillesse ?*
Le Groupe Mémoire Vivante
- P.47 **ACCOMPAGNER**
- *Paulette.*
Géraldine Castiau
 - *Accompagner.*
Isabelle Boniver
- p.50 **TRANSMISSION**
- *... et tu ne seras jamais seule...*
Françoise Herrygers
- P. 56 **PSYCENDOC**
- P. 58 **Questions d'actualité**
- p.58 *Où en sont les projets de réglementation des professions de santé mentale ?*
Brigitte Dohmen, pour la P.f.c.p.s.m.
- p.59 *Les psychothérapies et le champ freudien*
Philippe Hellebois

Le numéro de rentrée de Mental'idées est bien entendu consacré à la présentation des activités régulières de la Ligue, à savoir les quelques 21 groupes de travail et coordinations thématiques. Autant d'occasions pour les professionnels de confronter leurs expériences et d'échanger des savoirs construits sur le terrain de la clinique. Il est évident que les transformations rencontrées dans le secteur psycho-social ont des effets sur la nature et l'objet de certains de ces groupes qui suivent l'actualité des demandes et cherchent à présenter les difficultés mais aussi les trouvailles des praticiens dans leurs secteurs d'activités. Raison pour laquelle on verra de plus en plus souvent des réunions à la Ligue qui rassemblent chaque mois des acteurs de la santé mentale et d'autres bords institutionnels. L'intersectorialité et la transversalité des pratiques sont à l'oeuvre dans plusieurs groupes de travail... ces mêmes groupes dont la production est souvent à l'origine des grands événements publics de la Ligue, Journée d'étude, Colloque, Congrès.

Ce numéro de rentrée contient aussi un dossier thématique. L'équipe de rédaction, en partenariat avec la Coordination "Personnes âgées" animée par Isabelle Boniver, a choisi comme sujet le thème du vieillissement. Le choix peut paraître étonnant en cette période traditionnellement consacrée à la reprise ardente du travail et au retour de tous les jeunes sur les bancs de l'apprentissage... sauf à bien vouloir reconsidérer certaines des représentations figées qui caractérisent le regard classique sur les vieux. Les jeunes et les aînés ont partie liée. La journée "Traversées", organisée l'an dernier dans le cadre du 25ème anniversaire de la Ligue, l'a tellement bien démontré. La transmission inhérente à la formation invite naturellement et justement à repenser la fonction des seniors auprès de ceux, les juniors, pour qui l'expérience est encore un futur à découvrir.

Le "rajeunissement démographique", comme le nomme Myriam Leleu dans son article, plutôt que le vieillissement, témoigne de cet effort de changement de représentations nécessaires pour concevoir autrement le grand âge qu'en terme d'éternelle jeunesse, sa face glorifiée, ou de décrépitude et d'exclusion, sa face honteuse.

Les différents articles de ce dossier contribuent à ce travail de pensée auquel chaque lecteur est invité.

Bonne rentrée et bienvenue aux activités de la Ligue.

Eric Messens.

Groupes et Coordinations thématiques

Groupes thématiques

Les Groupes de travail thématiques de la Ligue se créent à la demande des intervenants du terrain.

Ils sont animés par un, deux voire trois ou plus de participants qui acceptent, pour un temps à définir, de prendre en charge sa dynamique et la rédaction des synthèses de réunions. Un membre de l'équipe permanente de la Ligue accompagne chacun de ces groupes et l'équipe de la L.B.F.S.M. se charge de l'ensemble de la logistique liée à ces réunions.

Chaque groupe définit librement sa méthodologie et ses axes de questionnement.

La plupart d'entre eux optent pour une approche basée sur la pratique quotidienne des participants, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une étude de textes théoriques ou d'un échange particulier avec un invité "expert".

Les Groupes de travail de la Ligue se réunissent, généralement, une fois par mois à raison de deux heures en journée. Cette décision aussi se prend collégalement entre participants.

Ils sont gratuits et, le plus souvent, ouverts à tous les professionnels que leurs institutions soient ou non membres de la L.B.F.S.M.

La Ligue demande simplement aux intervenants intéressés d'y engager une présence régulière et à chacun de ces groupes de produire, au moment qu'il juge opportun, un outil qui permette de transmettre le fruit de son travail à un public élargi : article, manifestation scientifique, étude, document d'information destiné à tous.



Institutions et Logique de travail ambulatoire

Personnes ressources

Ayache L. - S.S.M. du Serv. Soc. Juif, tél: 02 538 14 44

Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Encalado J-Cl. - S.S.M. sect Uccle, Forest, Watermael-Boisfort, équipe adultes, tél: 02 375 10 06

Groupe ouvert à toutes institutions

Clef de la réflexion : *Le mono symptôme sous le prisme de la logique ambulatoire*

Dans la continuité du travail amorcé l'an dernier, le groupe propose de poursuivre sa réflexion autour du mono-symptôme comme mode d'adresse ou de demande aux institutions de soins de santé mentale. Différents discours ou déterminants poussent à cette nouvelle expressivité de la souffrance psychique : réorientation dans la formation universitaire, politiques publiques des groupes-cibles et de l'efficacité au moindre coût, lobbying pharmacologique, création et offre de nouvelles unités de soins, ...

Cette tendance contemporaine demande à être interrogée. Quelles sont les raisons qui organisent ce nouvel usage social du symptôme ? Nécessité historique, changement des représentations, transformation de la normativité, ... ? Quelles sont les différentes orientations possibles du traitement et leurs conséquences en terme de santé publique et de choix de société ? Nous tenterons d'évoquer cette évolution dans l'histoire de la psychiatrie afin d'historiser la question et de penser différemment notre époque.

Pourquoi certains sujets se présentent-ils sous le vocable du mono-symptôme, doit-on le respecter et jusqu'où ?

Les institutions qui se réfèrent à une logique de travail ambulatoire proposent d'accueillir la demande mono-symptomatique, mais elles ont aussi le souci d'assurer une réponse décalée dont le point de visée, au-delà du mieux-être ou de la guérison, reste l'émancipation de la personne. Pourquoi tenons-nous à cette éthique ? C'est ce que le travail du groupe tentera de développer cette année à partir de présentation de cas et de travaux de lecture.

Par ailleurs, il est à noter que le groupe est ouvert à toutes les institutions - et pas seulement aux S.S.M. - soucieuses et intéressées par une logique de travail ambulatoire.

Réunions : le 3^{ème} jeudi du mois de 9h.00 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 20 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2005.

Intermèdes Clinique

Personnes ressources

Hubeau B.- Le Prétexte, tél: 02 376 62 74
 Van Puymbroeck Ch. - C.P.J. du Wops, tél: 02 736 90 86

Groupe ouvert aux travailleurs issus d'institutions ou de services ayant un lien avec le champ de la santé mentale au sens large.

Clef de la réflexion : *Le trouble des frontières* (le transfert et son maniement).

Le groupe Intermèdes-clinique poursuit, depuis trois ans, une réflexion sur le thème générique du "trouble des frontières". Ce thème a constitué pour notre groupe la source d'un abondant échange, notamment sur la spécificité de notre position en tant qu'intervenants dans le champ psychosocial en institution mais également dans la Cité.

Cette position, prise dans les méandres relationnels de notre travail au quotidien, a été questionnée sous différents angles : celui des règles et celui de l'information ; celui du début et de la fin d'un séjour ou encore sa temporalité...

En 2004, nous avons évoqué plus spécifiquement la question de la demande initiale : les manières de la recevoir, de la traiter, d'y repérer des axes de travail mais également de se préoccuper de son destin : que devient-elle ? Qu'en faisons-nous ? Ne (re)vient-elle pas infiltrer le moindre des interstices sous des formes diverses ou à certains moments clés du séjour ?...

Se profilait dans cette dernière approche la question, parfois brûlante, du transfert et de son maniement. Question difficile, vieille comme la psychanalyse et pourtant à jamais d'actualité. Au mois de septembre, à la reprise, une proposition de traiter cette question, s'étayant aussi sur la future rencontre inter-institutionnelle proposée par l'Equipe ayant pour thème "Réponses au transfert" fut adoptée.

Réunions : le 3^{ème} lundi du mois de 9h.30 à 11h.30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 19 septembre, 17 octobre, 21 novembre, 19 décembre 2005.

Pratiques cliniques avec les justiciables

Personnes ressources

Dubocquet J. - Unité ambul. d'Enaden, tél: 02 534 63 73
 Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43
 Sohie Cl. - S.S.M. du Tournaisis, tél. 069 22 05 13 et 02 345 38 48

Groupe ouvert aux travailleurs de la Santé Mentale qui rencontrent des justiciables et à tout professionnel proche de ce champ d'intervention.

Clef de la réflexion : *Partant du malaise social, quelle clinique singulière possible pour le justiciable ?*

Nous poursuivons la réflexion dans le fil de l'année précédente : interroger la clinique à partir du champ social spécifique que constituent les justiciables. Pour chaque réunion, la lecture critique d'un texte, suivie de l'analyse d'un cas présentée par un participant, constituera notre base méthodique.

Notre fil de réflexion, le secret professionnel et ses variantes, entamé il y a quatre ans reste d'actualité.

Cette clinique spécifique qui doit tenir compte des réalités sociales, propose une large place à l'invention, l'audace, le risque calculé.

Face à une politique de plus en plus gestionnaire basée sur l'évaluation de l'efficacité à court terme, nous proposons d'aborder la réflexion clinique avec une rigueur accrue.

Réunions : Tous les 2 mois et, chaque fois, le 2^{ème} mardi de 9h.00 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 11 octobre, 13 décembre 2005 et 14 février, 11 avril, 13 juin 2006.

Santé mentale et insertion

Personnes ressources

Baise A. - Le quotidien-Hôpital de jour Fond'Roy
 tél: 02 379 02 12
 Nélistenne A. - Clinique Fond'Roy, tél: 02 375 44 93
 De Veuster B. - Sanatia-Service A, tél: 02 211 00 40

Groupe ouvert à tout intervenant intéressé par la question de l'insertion en Santé Mentale.

Clef de la réflexion : *Exploration des multiples facettes et perspectives de l'insertion en Santé Mentale.*

Le programme de travail du groupe s'articulera autour de 3 axes principaux:

- Echanges avec des personnes ressources pouvant éclairer la problématique de l'insertion en Santé Mentale au sens large.
- Exploration et élargissement des connaissances du réseau.
- Vignettes cliniques.

Possibilité d'échanges avec d'autres groupes de la L.B.F.S.M. et avec la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en région de Bruxelles-Capitale.

Projet en cours : réflexion autour du thème de l'accessibilité au logement pour les patients psychiatriques. Mise en commun avec le groupe "Logement et Santé Mentale" de la Coordination " Santé Mentale et Précarités " à la Ligue.

Réunions : le 2^{ème} jeudi du mois de 14h.00 à 16h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 8 septembre, 13 octobre, 10 novembre, 8 décembre 2005 et ainsi de suite en 2006.

Travail communautaire et de réseau en santé mentale

Personnes ressources

Thomas N. et Corral N.- S.S.M. Le Méridien, tél: 02 209.63.91
 E-mail: meridcommu@apsy.ucl.ac.be

Groupe largement ouvert depuis 8 ans aux professionnels travaillant dans le secteur psychosocial intéressés par la thématique.

Clef de la réflexion : *La santé communautaire comme approche complémentaire aux approches traditionnelles de la santé mentale. Né au Canada et en Amérique Latine, ce courant cherche des alternatives individuelles et collectives pour tenter de répondre à la complexité des*

problèmes vécus par des populations vivant en situation de précarité.

Durant l'année 2004-2005, le séminaire a été consacré à un atelier d'écriture, animé par N. de Smets et limité à une vingtaine de participants. Cette année, nous voudrions réouvrir le séminaire à toute personne intéressée par le sujet.

Nous proposons donc d'initier ce séminaire **le jeudi 29 septembre 2005**; cette première séance sera animée par Jean-Claude Métraux, pédopsychiatre suisse, spécialisé dans le travail clinique et communautaire avec les populations migrantes en Suisse et dans de nombreux pays. Lors de cette réunion, nous fixerons les dates suivantes des rencontres pour l'année 2005-2006.

Réunions : 5 fois sur l'année académique, un jeudi de 13h.00 à 16h.00 dans les locaux du S.S.M. Le Méridien - rue du Méridien, 68 à 1210 Bruxelles

Dates : première réunion : 29 septembre 2005. Les dates suivantes seront fixées lors de la 1^{ère} rencontre.

Si vous êtes intéressé, veuillez avoir l'amabilité de confirmer votre participation à N. Thomas ou N. Corral par téléphone au 02 209 63 91 ou par e-mail: meridcommu@apsy.ucl.ac.be

La singularité du travail psychothérapeutique avec des patients atteints de maladie à pronostic léthal

Personnes ressources

Daune F. - C.H.U. Bordet - 02 541.33.22.

Flausch A. - S.S.M. U.L.B, Unité psycho-oncologie - 02 503 15 56

Groupe ouvert aux travailleurs en santé mentale et dans le réseau hospitalier, en contact avec ce type de patients et dont le suivi se fait en ambulatoire et/ou à l'hôpital.

Les patients sont des adultes ou des enfants.

Clefs de réflexion actuelles :

- place du psychologue à l'hôpital
- cadre et travail psychothérapeutique

Clefs de réflexion possibles :

- temps et travail psychothérapeutique
- corps et travail psychothérapeutique

Nous proposons de réfléchir ensemble autour de vignettes cliniques apportées par les participants. Des lectures de textes théoriques sont suggérées et discutées et ce, en lien avec le travail clinique.

Le groupe est ouvert à de nouveaux participants sous réserve d'un premier contact avec l'une des animatrices. En effet, le nombre de participants est limité et ce, afin de préserver la confiance et la qualité des échanges autour de situations cliniques souvent complexes.

Réunions : Une fois toutes les 6 semaines dans les locaux de la Ligue et toujours un vendredi de 9h.00 à 11h.00

Dates : 16 septembre, 21 octobre, 16 décembre 2005 et 20 janvier, 17 mars, 21 avril, 2 juin 2006.

Groupes suspendus...

Les groupes de travail

"Projets durables en santé mentale avec les pays du Sud" et

"Violence et santé mentale",

ont décidé de suspendre leur activité durant l'année académique 2005-2006.

Il n'est cependant pas exclu qu'ils se réactivent ultérieurement.

Les prochains numéros de

Mental'idées

paraîtront

en janvier 2006 - n° 8

Dossier thématique : Santé mentale et Logement*

en avril 2006 - n° 9

Dossier thématique : Santé mentale et Précarités

Pour être insérées dans nos pages, vos informations doivent nous parvenir au plus tard pour le 1er décembre 2005 et le 1er mars 2006.

Si un article publié vous donne l'envie de prendre la plume, si l'actualité vous inspire une réflexion en lien avec la santé mentale, si votre équipe développe un projet spécifique, si vous voulez témoigner d'une expérience pluridisciplinaire ou individuelle,... n'hésitez pas à nous en faire part.

Quelques critères sont à prendre en compte:

- pour un article de fond: 6 faces A4 max., dactylographiées (Caract. Comic sans ms 10pt.- marges 2,5) Ne pas oublier d'indiquer: les coordonnées complètes de l'auteur, titres et fonctions, courtes biographie et bibliographie, ainsi que le temps de validité de l'article

- pour une annonce: 800 signes max.

Pour toute info: **Herrygers Françoise**, tél 02 511 55 43 - e-mail herrygers.lbfsm@skynet.be

Coordinations

Les Coordinations à la Ligue sont ouvertes et travaillent au bénéfice du secteur.

Elles sont animées par un ou plusieurs coordinateur(s) - professionnel(s) de terrain - subsidié(s) par la CoCof ou la CoCom via son S.S.M. - pour effectuer ce travail d'animation et de coordination entre les partenaires professionnels, spécialisés ou non.

Afin de garantir leur légitimité, les coordinations - représentées par les P.O. des institutions-hôtes - sont signataires d'une convention qui définit leurs objectifs généraux, les méthodologies à promouvoir, les rôles des différents partenaires ainsi que la durée de validité de la convention. Sont co-signataires de ce document: la L.B.F.S.M., la F.S.S.M.B. et l'A.S.S.M.B.-bico.

Chaque coordinateur définit librement la méthodologie, les axes de questionnement ainsi que le calendrier de réunions des différents groupes de travail de sa coordination avec les personnes y participant.

Il est également chargé d'attirer l'attention de la Ligue et des Fédérations concernées sur les points d'ordre politique ou autre qui nécessiteraient une action ou une réaction concertée du terrain. Enfin, le coordinateur a un rôle privilégié d'interlocuteur auprès de la L.B.F.S.M., de la F.S.S.M.B. et de l'A.S.S.M.B.-bico.

Trois fois l'an, la Ligue organise une réunion de Coordination des Coordinations, où signataires de la convention et coordinateurs peuvent se rencontrer.

lesquelles les SSM sont amenés à travailler : pouponnières, centres d'hébergement, COE, SAJ, structures résidentielles de l'Aide à la Jeunesse...

Je vous invite donc à prendre connaissance ci-après du programme de ces deux nouveaux groupes intitulés respectivement " Santé mentale / Clinique de l'indifférenciation " et "Clinique de l'Exil/Enfants, familles ".

Parallèlement, les groupes " Santé mentale/logopèdes " et " Santé mentale/Assistants sociaux " poursuivent leurs réflexions en intégrant des professionnels des champs connexes.

Santé Mentale, Clinique de l'indifférenciation

Clef de la réflexion : A ce jour, il apparaît que les professionnels sont de plus en plus souvent confrontés à des situations familiales où ils ont l'impression que le fait d'ouvrir un " espace de paroles " aux parents et ce afin de penser leur parentalité et leur enfant n'a pas d'impact. Des questions sur les difficultés psychiques et les modalités de défense du ou des parent(s) quant au fait de percevoir leur enfant comme un être différencié se posent. Parallèlement, dans ce contexte de "mise à mal" de l'individualité de l'enfant, la construction psychique et le développement cognitif et moteur de ce dernier peuvent être entravés à des degrés divers et posent une série de questions.

Cette clinique a la particularité d'approcher les failles dans les zones archaïques de la construction psychique de l'individu, autrement dit au niveau de l'activité réflexive, des liens entre émotions et représentations mentales, du processus de symbolisation et partant du processus de subjectivation. Pour répondre à l'exigence d'un retour aux concepts théoriques enrichis des considérations récentes sur les repères structurels, les professionnels se devront de relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et/ou en réseau articulant la dimension psychique et sociale.

Sont invités à participer à ce groupe, tous les professionnels confrontés à cette clinique, qu'ils travaillent en structure ambulatoire ou résidentielle : services de santé mentale, équipes SOS Enfants, centres d'orientation éducative, équipes d'aide en milieu ouvert, Service de l'Aide à la Jeunesse, pouponnières, centres d'hébergement, centres résidentiels de l'Aide à la Jeunesse...

Pratiquement, une alternance d'apports théoriques et de présentations cliniques est à l'ordre du jour.

Réunions : mensuelles, programmées chaque 1^{er} vendredi du mois de 9h.15 à 11h.15 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 9 septembre (exception: 2^{ème} vendredi), 7 octobre, pas de réunion en novembre, 2 décembre 2005.

Clinique de l'exil, Enfants et familles

Clef de la réflexion : Ce groupe aborde les questions spécifiques que se posent les professionnels face aux situations familiales marquées par un vécu d'exil dans des contextes de non-régularisation ou de régularisation administrative dans le pays d'accueil.

Les enjeux liés entre autres, à l'attente des titres de séjour, à la dimension interculturelle, à un vécu traumatique souvent de l'ordre de l'impensable seront déclinés selon l'axe relationnel parent(s) - enfant(s), du vécu

COORDINATION ENFANCE

C o o r d i n a t r i c e
Labby A. - S.S.M. L'Eté secteur Enfants, Adolescents et Famille
tél: 02 526 85 48 - e-mail: annelabby@hotmail.com

Pour rappel, les groupes de travail issus de la Coordination Enfance poursuivent le projet d'articuler des approches interdisciplinaires respectueuses des différences et à élaborer de nouvelles formes de partenariat. Ces rencontres ont donc pour objectif de permettre aux divers intervenants de se pencher sur leurs pratiques respectives et d'en approfondir la spécificité dans un processus d'élaboration interactif.

Au cours du deuxième trimestre de l'année 2005, deux nouveaux groupes de travail ont vu le jour. Les thématiques abordées par chacun d'eux émanent directement des réflexions qui ont eu lieu, en juin 2004, au cours du Congrès européen " Et les enfants, ça va... ? Transformations du lien et évolution des pratiques" ainsi que des diverses rencontres que j'ai eues, en tant que coordinatrice Enfance, avec les professionnels exerçant en SSM ou dans les structures du réseau avec

intrapsychique de chacun sans oublier les compétences cognitives de l'enfant.

La réflexion portera également sur la nature des soins qu'il convient d'apporter en tenant compte de l'hétérogénéité d'un nombre appréciable de facteurs culturels, économiques et politiques, de la subjectivité de l'enfant et de la spécificité de la parentalité.

Dans un second temps, le groupe souhaite proposer un travail de co-construction et de réflexions communes avec les organisations et institutions sociales d'accueil.

Tout professionnel interpellé et en questionnement par rapport à cette clinique est invité à participer à ces réunions afin de relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et/ou en réseau articulant la dimension psychique et sociale.

Pratiquement, une alternance de réflexions théoriques et de présentations cliniques est prévue.

Réunions : mensuelles, chaque 3^{ème} vendredi du mois, de 12h.00 à 14h.00 à la L.B.F.S.M.

Dates : 16 septembre, 21 octobre, 18 novembre, 16 décembre 2005.

Santé Mentale, Logopèdes

Clef de la réflexion : *Ce groupe aborde les questions spécifiques à la prise en charge des enfants qui présentent des symptômes logopédiques divers dans des contextes familiaux où existent de nouveaux enjeux de l'intersubjectivité. Entre évaluation, rencontre, rééducation et restauration des contenants de pensée, quelle souplesse dans la prise en charge et quelles articulations et "crochetage" avec les représentants "psy" et assistants sociaux ?*

Comment penser les troubles de l'apprentissage et les prises en charge logopédiques face à une clinique qui révèle une grande confusion psychique entre parent(s) et enfant voire une clinique de la psychose.

Au cours de l'année académique 2005-2006, le groupe souhaite poursuivre ses réflexions en alternant des lectures théoriques et des présentations cliniques. Projet : continuer à approfondir les articles de Marie-Luce Gibello, Denis Mellier, ... et poursuivre les investigations théoriques.

Le groupe a également l'objectif de rencontrer les professionnels de l'enseignement qui sont également confrontés à ces difficultés et avec qui les logopèdes entretiennent un contact étroit (PMS et écoles spéciales).

Groupe ouvert à tout logopède confronté à cette clinique travaillant en SSM ou dans des structures parallèles: écoles spéciales, centres de réadaptation fonctionnelle, centres d'hébergement, centres de jour...

Objectif à long terme : Réfléchir à une co-organisation d'une journée d'étude avec le monde de l'enseignement.

Réunions : mensuelles, programmées en alternance le lundi et le vendredi, de 9h.15 à 11h.15 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : vendredi 16 septembre, lundi 17 octobre, vendredi 18 novembre, lundi 19 décembre 2005.

Santé Mentale, Assistants sociaux

Clef de la réflexion : *Réflexions sur les particularités de la fonction et de l'aide sociale dans les prises en charge des enfants et des familles dans les situations de précarité du lien : vécu d'instabilité relationnelle, fragilité psychique pouvant engendrer une désinscription sociale à différents niveaux. Objectif de l'année académique 2005-2006 : partager cette "question sociale" avec des assistants sociaux d'autres structures confrontés à cette clinique ; institutions avec lesquelles les SSM sont amenés à collaborer.*

Dans de nombreuses situations en SSM, le travail portant sur le soutien psychique de l'enfant et des relations avec sa famille nécessite un accompagnement dans la réalité et une réflexion sur la concertation avec des structures parallèles qui peuvent intervenir dans ces situations familiales. Le groupe propose d'ouvrir un espace de paroles afin que chaque participant puisse affiner sa représentation des missions et du travail proposé par les différents services répertoriés sur Bruxelles.

Pratiquement, une alternance de réflexions théoriques et de vignettes cliniques est prévue.

Réunions : mensuelles, chaque 2^{ème} mercredi du mois de 9h.15 à 11h.15 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 14 septembre, 12 octobre, 9 novembre, 14 décembre 2005.

COORDINATION ADOLESCENCE

Coordinateurs

Van Uffel Ch. - S.S.M. de Saint-Gilles - tél: 02 542 58 58, e-mail: ssm.stgilles@skynet.be

Dehan B. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L.

tél: 02 764 31 20, e-mail: bernard.dehan@apsy.ucl.ac.be

Adolescence et Aide à la Jeunesse

Groupe composé de travailleurs d'institutions des secteurs de l'Aide et protection de la Jeunesse, de la santé mentale ambulatoire, du résidentiel - sous contrainte ou volontaire -, ce groupe qui existe depuis 1987 atteint sa majorité cette année.

Clef de la réflexion : *La thématique particulière portera sur "les adolescents à la limite de la psychiatrie, quelle(s) prise(s) en charge dans les secteurs de l'Aide à la Jeunesse et celui de la Santé Mentale ?"*

A partir de situations de travail présentées, à tour de rôle par les participants, il vise la réflexion sur l'interface entre les secteurs. Régulièrement, des thèmes de réflexion sont définis : la communication écrite entre institutions, la fin des interventions, qu'est-ce qu'un adolescent en danger ?...

L'année nous amènera à inviter de nouveaux acteurs des secteurs précités à nous rejoindre de manière à permettre à chaque participant de mieux percevoir les possibilités de prise en charge par les institutions existantes.

Réunions : mensuelles, le 1^{er} mardi du mois de 9h.30 à 11h.30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 6 septembre, 4 octobre, 6 décembre 2005

Clinique de l'adolescence

Groupe ouvert aux travailleurs des Services ambulatoires ou résidentiels bruxellois du secteur de la Santé Mentale.

Clef de la réflexion : *Quelles sont les particularités du travail avec les adolescents dans le secteur de la Santé Mentale ? Comment penser la notion du communautaire avec des adolescents tant dans le résidentiel que dans les Services ambulatoires ?*

Partage de réflexions à partir de présentations d'institutions ou de situations concrètes proposées par les participants au départ de leur travail avec les adolescents dans le champ de la Santé Mentale.

Après avoir consacré deux années sur le thème de l'adolescence et du communautaire, une série de réflexions ou de concepts ont pu être mis sur le chantier. Les participants du groupe se sont proposés de porter un regard en arrière sur le chemin parcouru, et ce, afin d'approfondir certaines notions voire mettre en évidence un possible fil inaperçu jusque-là. Les notions conjointes du communautaire et de l'adolescence ont été l'alibi commun de notre groupe pour aboutir finalement à un large éventail de pratiques et de pensées sur la pratique avec les adolescents. Qu'est-ce qui rassemble les participants du groupe de travail si ce n'est pas la similitude ? Qu'est-ce qui fait communauté de praticiens de la clinique de l'adolescence ?

Réunions : le 2^{ème} mardi du mois de 9h.30 à 11h.30 dans les locaux de la Ligue.

Dates : 13 septembre, 11 octobre, 8 novembre, 13 décembre 2005.

Groupe EMIR

Groupe fermé, réservé aux travailleurs des Services Santé Mentale engagés dans une pratique de prévention en milieu scolaire.

Clef de la réflexion : *Que vise-t-on dans une action de prévention en milieu scolaire ? Quelle prévention autour des questions d'adolescence ?*

Les participants du groupe se rassemblent tant autour d'interventions concrètes faites en milieu scolaire que autour des réflexions plus théoriques qu'elles peuvent susciter. Ce groupe est tantôt un lieu d'interversion, tantôt un lieu tiers pour penser la pratique de prévention, tantôt une possibilité de collaboration entre membres de Services de Santé Mentale bruxellois différents. Ce groupe est fermé en regard au secret professionnel, des situations cliniques y étant partagées.

Réunions : le lieu ainsi que les dates se fixent en fonction des disponibilités des différents participants du groupe.

Carrefour AdosAdultes

Manifestation ouverte aux adolescents et aux professionnels de tous secteurs travaillant avec les jeunes (psys, éducateurs, juristes, enseignants, médecins,...).

Clef de la réflexion : *Une rencontre entre jeunes et professionnels afin de produire ensemble une réflexion sur une*

question d'adolescence. Une rencontre dans la Cité afin de produire un savoir non sur les jeunes mais avec eux.

Le Carrefour AdosAdultes prépare cette année sa troisième édition. Le thème proposé à la fin du deuxième Carrefour a été " **la transmission** ". Le Comité d'organisation saisit l'occasion pour introduire d'emblée dans le cadre de la prochaine édition cette notion de transmission.

Objectif : travailler le matériel et les traces des éditions précédentes d'Europ'Adolescence et des Carrefours afin d'en constituer un savoir à transmettre lors d'une assemblée scientifique.

Lieu et dates : à déterminer.

Renseignements :

contacter les **Coordinateurs adolescence**,
B. Dehan tél: 02 764 31 20,
 e-mail: bernard.dehan@psy.ucl.ac.be
 et **Chr. Van Uffel** tél: 02 542 58 58
 e-mail: ssm.stgilles@skynet.be

COORDINATION PERSONNES AGEES

C o o r d i n a t r i c e
 Boniver I. - S.S.M. Le Wops - tél: 02 762 97 20
 e-mails: isabelleboniver@hotmail.com ou iboniver@no-log.org

Pour cette prochaine année académique, les participants de la Coordination "Personnes âgées" poursuivront leurs réflexions en deux axes toujours distincts : l'un clinique et l'autre politique.

- *Le premier résolutement tourné vers la clinique et accessible à tous les professionnels travaillant au contact de la personne âgée dans ses divers lieux de vie et de soins.*

- *Le second, plus ciblé, se préoccupant de coordination politique.*

Ces deux groupes de travail se veulent ouverts à de nouveaux participants du réseau.

Durant toute l'année, la coordination a également pour tâche de transmettre le travail réalisé en S.S.M. avec les personnes âgées, en participant activement à diverses activités, journées d'études, sensibilisations et séminaires. Toutes demandes de collaborations ou d'informations peuvent être introduites auprès de la coordinatrice.

Personnes âgées, santé mentale et clinique

Groupe ouvert à tous les travailleurs ou bénévoles de l'ensemble du secteur "Personnes âgées" bruxellois.

Structures ou services représentés: maisons de repos secteur public et privé, maisons de repos et de soins public et privé, centre de jour, service de repos à domicile, services de santé mentale, hôpitaux gériatriques, hôpitaux psychiatriques, appartements supervisés.

Clefs de la réflexion : lieux de vie classiques ou alternatifs, choix de vie, fin de vie et soins palliatifs ... Quelle parole et quelle place pour la personne âgée ?

Un fil conducteur ponctuera les rencontres et les exposés cliniques: comment arriver à faire entendre et respecter la parole et les choix de vie des personnes âgées ?

Prétendre accompagner des personnes en fin de vie demande en amont un grand travail de réflexion sur soi-même et sur l'autre. Il est primordial avant toute action de se positionner dans la société et de délimiter clairement son champ d'action pour éviter toute dérive.

C'est cette raison essentielle qui incite actuellement les participants de donner au groupe de travail la possibilité de travailler cette question

Des rencontres avec des personnes ressources alterneront et soutiendront ces échanges théorico-cliniques.

Les négligences, les abus et la maltraitance envers les personnes âgées continuent, à travers diverses situations cliniques, à préoccuper les intervenants du groupe... et les aînés eux-mêmes ! Il s'agit donc pour le moins de reconnaître une triste réalité qui atteint de 5 à 10% de la population âgée. Le groupe désire informer la personne âgée de ses droits et amener les professionnels de la santé et du social à intervenir afin qu'ils soient respectés et rester en relation avec la personne âgée.

Au travers de leur pratique quotidienne, les intervenants entendent ponctuellement, mais depuis quelques années déjà, des personnes âgées, se sentant seules ou ne pouvant vivre seules, refuser le schéma des maisons de repos actuelles... Elles cherchent alors d'autres alternatives, tels les habitats groupés ou intergénérationnels.

Les participants déplorent aussi le manque de temps donné à la personne âgée pour préparer et élaborer un changement du lieu de vie... Ce temps, ce travail clinique, nous essayons de le prendre et de le défendre en santé mentale comme dans d'autres secteurs d'aide aux personnes âgées.

Le groupe souhaitant tenir un rôle préventif pour l'ensemble du secteur, la préparation de séminaires ou journées d'études est en cours; l'idée serait d'utiliser un "média" plus large (tel le forum santé mentale ou le cinéma) pour sensibiliser un plus large public, y compris les personnes âgées et les "autres" professionnels, à nos réflexions de praticiens.

Réunions : le 1^{er} mercredi du mois de 9h.15 à 11h.15 dans les locaux de la L.B.F.S.M., sauf si des visites extérieures sont prévues; ces dernières seront planifiées à la rentrée académique.

Dates : 7 septembre, 5 octobre, 2 novembre (à confirmer), 7 décembre 2005.



Personnes âgées, santé mentale et politique

Groupe ouvert aux travailleurs en santé mentale.

Secteurs représentés: services de santé mentale bruxellois (mono et bi-communautaire)

Clef de la réflexion : Politique - Relais - Actualités du travail en Service de Santé Mentale avec les personnes âgées.

Ce groupe de travail est le lieu où toutes les questions d'actualité et d'ordre politique concernant le vieillissement peuvent être débattues, afin de positionner voire même de faire monter la Coordination aux créneaux.

Dans cet esprit, la Coordination " Personnes âgées " a élaboré le dossier thématique au cœur de ce Mental'idées n°7; il se veut un recueil d'analyses et de témoignages sur la réalité du travail en santé mentale avec les personnes âgées.

Le groupe aura également à cœur de continuer ses débats avec les parlementaires bruxellois sur le thème de la maltraitance, des maisons de repos et des formations.

Réunions : le 3^{ème} mercredi du mois de 9h.15 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 21 septembre, 19 octobre, 16 novembre, 21 décembre 2005.



Groupe Formateurs

Groupe semi-fermé. Prendre contact avec Isabelle Boniver pour toute information.

Clef de la réflexion : La formation articulée au terrain.

Parallèlement à ces deux groupes de travail, un axe "Formation" - créé il y a maintenant onze ans - continuera à répondre aux demandes de formation du secteur "Personnes âgées".

L'expérience aidant, les formateurs en sont arrivés à, de plus en plus, exposer les préoccupations du terrain. Cette évolution repose tant sur l'identité particulière des formateurs - tous travailleurs en Service de Santé Mentale et intervenants confrontés quotidiennement à une pratique de proximité avec les personnes âgées - que sur leur volonté de répondre à la structure des demandes qui leurs sont adressées tout en faisant en sorte que leurs formations dépassent le simple cadre informatif en s'ouvrant aux questions qui mobilisent années après années les professionnels psycho-médico-sociaux, toutes fonctions confondues, et font leur actualité.

Etant tous issus de Services membres de la Ligue, les formateurs cherchent également par ce biais à transmettre leurs valeurs - comme l'articulation au terrain et l'importance d'une pratique plaçant le patient, ici la personne âgée, au centre de la clinique et du débat - mais aussi leurs références, leurs rencontres avec le sujet, leurs réalités de travail.

C'est dans ce contexte processuel que le groupe poursuivra l'analyse et la prise en charge de modules de formations.



COORDINATION SANTE MENTALE et PRECARITES

C o o r d i n a t e u r
Colinet L. - S.S.M. le Méridien tél: 02 218 56 08



Précarités, exclusion et clinique

Groupe ouvert aux travailleurs de S.S.M., de maisons médicales, de maisons d'accueil, de C.P.A.S. de services psychosociaux et d'associations concernées par le sujet.

Clef de la réflexion : Comment mieux rencontrer la personne précarisée dans ses difficultés psychiques ?

Une véritable fracture "culturelle" existe entre le monde psy et celui des personnes précarisées. Les méthodes thérapeutiques d'usage courant (entretiens individuels ou familiaux réguliers sur rendez-vous avec introspection, anamnèse, analyse de la

demande,...) sont peu appropriées et le plus souvent vouées à l'échec. La Coordination propose une réflexion sur cette problématique par l'organisation de réunions mensuelles au cours desquelles on essaie d'opérer une articulation entre la pratique des participants et les apports théoriques.

L'année dernière le thème de l'exclusion a été notre fil conducteur. Nous avons tenté d'approfondir ce thème à partir des réalités de terrain rencontrées par les participants. Nous poursuivons notre travail cette année dans la même voie en essayant d'enrichir davantage notre réflexion par la lecture d'articles ou de livres sur le sujet. C'est ainsi que dès la première réunion de septembre nous échangerons à propos de l'article : *A la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur " ces gens-là "* écrit par Annie PIQUARD.

Réunions : le 3^{ème} jeudi du mois de 14h.30 à 16h.30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Chacune des réunions est prise en charge, tant pour le contenu que pour l'animation, à tour de rôle par les participants

Dates : 15 septembre, 20 octobre, 17 novembre, 15 décembre 2005.

Dossier bibliographique "Santé mentale et Pauvretés"

La remise à jour du dossier bibliographique SM et Pauvretés publié en 1997 est en cours. Les personnes intéressées par ce travail sont invitées à prendre contact avec **Luc Colinet, SSM Le Méridien** tél: 02.218.56.08

Logement et Santé mentale

Groupe de travail initié par **Thierry Lahaye** (fonctionnaire du service santé de la COCOF), au sein de la coordination Santé Mentale et Précarités. Ce groupe rassemble actuellement des professionnels d'horizons divers - SSM, Société de logement social, Association de quartier, CASG, CPAS, Maison Médicale, Maison d'accueil, Syndicat de locataires -, des chercheurs d'université, des mandataires politiques,....

Plusieurs objectifs sont poursuivis :

- rassembler, valoriser et mettre en perspective les données statistiques, les études et enquêtes menées sur le thème " santé mentale et logement " ;
- favoriser une meilleure connaissance des personnes en souffrance psychosociale et mieux comprendre les processus qui ont mené à la précarisation. Une attention particulière sera apportée à la question de la souffrance psychosociale dans les cités sociales.
- soutenir, et éventuellement former, les acteurs de première ligne, heurtés quotidiennement par cette souffrance, les aider à la supporter et leur donner les moyens et les outils pour y répondre ;
- informer sur les ressources locales pour permettre à chacun de s'en saisir par un travail de réseau ;
- interpeller les mandataires politiques.

Le groupe est ouvert à toutes les personnes intéressées par le sujet.

Contact : Michèle De Bloudts - LBFSM 02.511.55.43

Réunions : Elles ont lieu le jeudi de 14h.00 à 16h.00 dans les locaux de la LBFSM .

Dates : trois réunions sont programmées avant Noël, 22 septembre, 27 octobre et 24 novembre 2005.

COORDINATION des URGENCES

C o o r d i n a t e u r s

- Hoyois Ph. - L.B.F.S.M.
tél: 02 511 55 43
- Dr. Dubois V. - Services des Urgences, Unité de Crise et d'Urgences psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21 - bip 2145, e-mail: dubois@apsy.ucl.ac.be
- Delsart Cl. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs/Unité de Crise et d'Urgences psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21, e-mail: claudinedelsart@skynet.be
- Dr. Gilson S. - S.S.M. de l'U.L.B., Centre de Guidance
tél: 02 503 15 56
- Dr. Matot J.-P. - S.S.M. de l'U.L.B. Psycho-Belliard Plaine
tél: 02 650 59 26

Coordination UCL St-Luc, Intersecteur Bruxelles sud-est

Contacts

Dr. Dubois V. et Delsart Cl. - tél: 02 764 21 21
e-mail: claudinedelsart@skynet.be

Groupe ouvert aux équipes pluridisciplinaires des S.S.M. et à toutes équipes ambulatoires et hospitalières afin d'y débattre de problématiques communes en matière de situations de crises et d'urgences.

Clef de la réflexion : *Problématisation de questions et d'expériences liées à des situations de crises et d'urgences.*

1.. Réunion clinique

La réunion clinique regroupe, entre autres, différents intervenants des S.S.M. de l'intersecteur sud-est et de l'Unité de Crise des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Des intervenants issus d'institutions diverses participent en fonction des situations.

Il s'agit d'un espace de réflexions, d'échanges et d'intervision. Cet espace - qui se veut ouvert - s'appuie essentiellement sur :

- Des situations cliniques communes
- La problématique clinique de patients
- Le partage d'idées théoriques
- La pertinence des modalités et du moment de la passation de prises en charge, très importante, tant pour les patients et leurs familles que pour les équipes concernées.

2. Réunion de coordination

Notre réseau a mis en évidence l'intérêt pour la qualité de nos pratiques de maintenir un lieu de rencontre qui favorise les échanges para-cliniques

La réunion de coordination est entre autres un espace-temps de circulation d'informations sur le paysage santé (au sens large c'est-à-dire partant du postulat que la santé est en lien avec de multiples facteurs - social, culturel, etc. - qui l'influencent).

Cette réunion est aussi un espace privilégié de mise à plat d'interrogations sur nos pratiques mutuelles, nos collaborations, nos incompréhensions, etc.

Pour plus de renseignements : Claudine Delsart, coordinatrice urgences, 02/764 21 21

Réunions : Réunions mensuelles les 1^{er} (coordination) et 3^{ème} (clinique) vendredi de 9h.00 à 10h.30, Salle de réunion de la Résidence, 4^{ème} étage, Place Carnoy - 1200 Bruxelles.

3. Rencontre des intervenants sur le lieu de leur pratique
Nous pensons que le travail de réseau s'appuie d'abord sur la connaissance mutuelle de pratiques différenciées et complémentaires. La qualité de prise en charge des patients et la continuité des soins impliquent également la création de liens entre les différents intervenants.

Pour ce faire, d'une part, les membres de l'équipe des urgences ont l'occasion de se rendre dans les différents S.S.M. et d'y rencontrer les collègues avec lesquels ils sont susceptibles de collaborer lors de leur réunion clinique.

D'autre part, nos collègues des S.S.M. peuvent participer au travail de crise en venant, eux aussi, partager un temps de travail avec l'équipe des urgences.

Pour plus de renseignements : Claudine Delsart, coordinatrice urgences, 02/764 21 21

4. Comité d'accompagnement des suites de l'étude menée par Philippe Hoyois, sociologue. Groupe de travail urgences, L.B.F.S.M.

5. Poursuite de la participation au projet réseau, coordinatrice Stéphanie Martens.

Nous sommes partenaires du projet d'articulation entre l'Intersecteur S.S.M., Unité de Crise, Services de Police et médiateurs sociaux pour un meilleur accueil et une meilleure orientation des usagers au sein de leur réseau de proximité.

6. Organisation d'un Colloque, pour l'année académique prochaine et qui - sous-réserve - devrait s'intituler *Urgences psychiatriques, Urgences psychiques.*

Coordination Service de Santé Mentale ULB

Contacts

Dr. Matot J.-P. - tél: 02 650 59 26
Hoyois Ph. - tél 02 511 55 43

Coordination ouverte aux équipes des S.S.M., aux équipes hospitalières, médecins généralistes, services sociaux, services d'aide à la jeunesse, centres P.M.S., enseignants,...

Clef de la réflexion : Développement de collaborations, de réflexions, d'études, de projets dans le domaine de la prévention et/ou la prise en charge des situations de crise et d'urgence en santé mentale, avec les services d'urgences des hôpitaux de stage de l'U.L.B.

■ Etude des demandes urgentes adressées au Centre de Guidance du S.S.M.-U.L.B. et mise en place d'une collaboration avec le réseau médical, d'aide psychologique et sociale du quartier des Marolles, en lien avec le Service de psychiatrie du C.H.U. de St. Pierre et d'autres partenaires du secteur de la santé mentale.

Contact

Dr. Gilson S. et Mme K. Roess - tél: 02 503 15 56

Mise en place d'une réunion mensuelle dans la perspective d'une réflexion commune sur les dispositifs de prise en charge

des demandes ; recherche-action visant à développer le travail local en réseau avec les maisons médicales des Marolles, du Miroir et l'Entraide des Travailleuses, mais également avec d'autres équipes et institutions actives dans le quartier.

■ Poursuite de la recherche-action EOLE

(D. Montag ; promoteurs : J.P. Matot, I. Pelc, V. Dubois; avec la collaboration de F. Weil, J.P. Ermans)

Contacts

Dr. Matot J.P. - tél: 02 650 59 26,
Montag D. - tél: 02 223 75 52

Le projet EOLE a démarré effectivement en janvier 02. Pour rappel, il s'agit d'une recherche-action financée de manière intermittente par le ministère fédéral de la santé depuis 2002 (le subside actuel arrive à échéance en décembre 2005) sans soutien des pouvoirs régionaux, et en particulier de la CoCof, alors qu'il s'agit d'un dispositif de travail en réseau spécifiquement bruxellois.

La permanence téléphonique, assurée par une équipe de cliniciens de la santé mentale, remplit plusieurs missions :

- aide à la gestion clinique des situations difficiles en santé mentale au bénéfice des intervenants de première ligne dans le secteur de la santé (médecins généralistes, infirmiers, professionnels des maisons médicales, ...), de l'enseignement (centres PMS, directions d'établissements scolaires, enseignants, éducateurs, ...), de l'aide sociale (centres d'action sociale globale, foyers d'accueil, CPAS, ...)
- formation permanente des intervenants de première ligne à l'analyse de la demande en santé mentale et à l'utilisation du réseau de soins ;
- amélioration des collaborations entre intervenants de première ligne et réseau de soins en santé mentale ;
- inventaire détaillé et actualisé des ressources en santé mentale disponibles en Région de Bruxelles-Capitale, de leurs spécificités et de leurs modalités de fonctionnement ;
- identification des besoins en santé mentale peu ou non couverts en Région de Bruxelles-Capitale.

Inventaire des situations et des pratiques de crise et d'urgence en santé mentale

Groupe réunissant la Coordination Urgences de l'U.L.B. et la Coordination Urgences de l'U.C.L.

Il est accessible aux S.S.M., aux équipes hospitalières et à toutes personnes impliquées dans la prise en charge de situations de crise et d'urgence..

Contact

Hoyois Ph. - tél: 02 511 55 43

Clef de la réflexion : Analyse de l'impact de différents contextes individuels et/ou collectifs sur le développement de situations d'émergence, de crise et d'urgence.

Outre les contextes de vie dans lesquels elles s'inscrivent, les situations d'émergence, de crise et d'urgence impliquent aussi directement ou non, des contextes sociaux, institutionnels et professionnels. L'incidence que ces différents contextes peut

avoir sur la naissance et les dynamiques d'évolution de ces situations est parfois loin d'être négligeable. Ils sont cependant souvent vus au travers des situations individuelles et font rarement l'objet d'une analyse systématique d'ensemble.

L'étude de terrain, qui se poursuit en 2005 - 2006, a mis en évidence une relative complexité des dispositifs et des agencements institutionnels dont les domaines et les territoires d'intervention peuvent connaître des variabilités très grandes. A première vue, celles-ci paraissent alors avoir pour conséquence une très grande variabilité des modalités d'interaction entre différents niveaux (individuels, collectifs) et horizons contextuels (champs relationnels, sociaux, institutionnels). Cette diversité pourrait cependant masquer certaines régularités

dans les situations et les processus qui sous-tendent l'émergence d'une difficulté, la survenue d'une crise ou l'urgence. La différenciation spatiale et de contenu des demandes d'aide et des offres de soin, les contraintes qui pèsent sur les unes et les autres conduisent également à une grande diversité des ajustements mutuels. Cependant, là encore, certaines régularités pourraient apparaître. On cherchera, au cours de l'année 2005- 2006 à vérifier l'exactitude de ces premiers constats et à leur donner corps.

Réunions : habituellement, le 3^{ème} lundi du mois de 12h.30 à 14h.00 dans les locaux de la Ligue.

Dates : 17 septembre 2005

L'équipe communautaire du Service de santé mentale Le Méridien,

vous invite à

Un module de formation/sensibilisation à l'approche communautaire en santé mentale

Depuis une dizaine d'années, le Méridien développe une pratique de santé mentale communautaire qui s'articule autour de différentes actions, à la fois théoriques et pratiques (séminaires, formations, animations de groupes, etc.). Au cours de ces dix ans, plusieurs cycles de formation ont été organisés à destination des professionnels du secteur psychosocial. A partir de ces formations s'est constitué un groupe de réflexion et d'intervention qui fonctionne aujourd'hui en auto-gestion.

Suite à plusieurs demandes, nous réorganisons à partir de septembre 2005 un nouveau module de sensibilisation ouvert à toute personne intéressée à développer une pratique en santé mentale communautaire.

Les objectifs de cette formation sont les suivants :

- ▶ réfléchir au concept de "communauté" et ses liens avec la santé mentale
- ▶ découvrir une démarche de travail qui vise à promouvoir les ressources et les compétences des personnes, en les restituant comme acteurs de leur vie en société
- ▶ ceci au travers d'une méthodologie participative (élaboration à partir du vécu des personnes, construction collective de savoirs, ...)
- ▶ proposer un temps de regard critique sur la démarche, pour permettre son appropriation par les participants.

→ Ce module comporte **5 journées réparties de septembre 2005 à juin 2006** (28 septembre, de 9h30 à 16h30, 25 novembre 2005, vendredi 20 janvier 2006, vendredi 17 mars, vendredi 26 mai 2006.

→ **Coût :** un forfait de 50 euros pour l'année couvrant les frais de sandwiches, boissons, photocopies, etc. est demandé à chaque participant.

→ **Le nombre de places** étant **limité**, les personnes intéressées sont invitées à prendre contact avec Nathalie Thomas ou Namur Corral au Méridien (02/209 63 91).

Le Groupe POP

- Psychiatres Orientés par la Psychanalyse, ou par la Psychodynamique -

*Il devient de plus en plus difficile, pour beaucoup de psychiatres, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes, de rester insensibles à la forte poussée qu'exerce une certaine psychiatrie: celle qui va dans le sens avoué d'imposer un axe de pensée, d'orientation clairement médicale et biologique, comme réponse principale, si pas unique, aux difficultés de nos patients et aux malaises de notre société. Un groupe de psychiatres a donc décidé de rédiger un **Manifeste pour la Psychiatrie**, afin de faire entendre que l'ensemble de la profession ne partage pas cette façon de penser le psychisme. Il s'agit de susciter un débat qui s'avère désormais indispensable.*

*Ce Manifeste, envoyé début juin aux quelques 800 psychiatres francophones, avait déjà recueilli plus de 200 signatures un mois plus tard. Les psychiatres concernés peuvent encore s'y joindre en signifiant leur adhésion à l'adresse **Groupe POP c/o SSM St-Gilles, 26 rue de la Victoire à 1060 St-Gilles** ou, mieux, à l'adresse mail projetpop2004@yahoo.fr.*

*Ils sont également invités à une **Assemblée Générale constituante du Groupe**, qui se tiendra le **samedi 24 septembre 2005 de 14 à 17 H**, à la **Fondation pour l'Architecture, 55 rue de l'Ermitage, 1050 Bruxelles**.*

Bernadette Goffart

Marc Segers

MANIFESTE POUR LA PSYCHIATRIE

Nous, psychiatres signataires de ce manifeste, voulons exprimer ici notre inquiétude pour l'avenir de la psychiatrie en Belgique.

En effet, nous sommes devant les constats suivants :

1. D'une part, l'hégémonie grandissante des approches biologisante et comportementaliste et d'autre part le discrédit des orientations psychanalytique, systémique et psycho dynamique dans le champ psychiatrique. Ces dernières se voient régulièrement disqualifiées au point que les pouvoirs publics jettent la suspicion sur l'efficacité des institutions qui s'en réclament et remettent en question leur financement.
2. L'envahissement du discours actuel par les vocables de "dépression, TOC, phobie sociale, dysphasie, hyperkynésie etc." au point qu'il est devenu impensable pour nos contemporains d'exprimer les malaises de leur existence en d'autres termes.
3. La publicité systématique pour un seul type de pratique (prescription de psychotropes assortie de thérapies comportementales...) qui vise la disparition des symptômes-cibles. Se soutenant du manuel diagnostique de l'association des psychiatres américains (DSM IV), cette pratique entraîne l'identification d'un sujet à des symptômes répertoriés et l'appauvrissement de la relation clinique. En outre, elle interprète erronément la seule disparition des symptômes comme une guérison.
4. La substitution d'une emprise bureaucratique à un contrôle de santé publique. Elle tend ainsi à réglementer la vie sociale et à contrôler nos pratiques en institution, pervertissant le sens même de notre action thérapeutique.

5. La transformation de la psychiatrie en un marché dans lequel prospèrent les groupes pharmaceutiques qui subsidient journaux et congrès favorables à leur développement idéologique et économique. En conséquence, les prescriptions de psychotropes dépassent très largement leurs indications.

Nous déplorons également que :

1. Le psychiatre praticien soit réduit au statut d'expert détenteur d'une technique et d'un savoir codifié applicable pour tous. La formation universitaire n'encourage plus le temps de l'écoute du patient. Ainsi se perdent la finesse des descriptions cliniques et la rigueur dans la construction des hypothèses étiologiques. Celles-ci se voient remplacées par le simple recueil de la présence de critères, exercice pour lequel une formation sommaire est suffisante.
2. Le raisonnement psychopathologique tend actuellement en psychiatrie à être remplacé par (voire confondu avec) une description de troubles, fondée, elle, sur des constatations exclusivement comportementales.
3. Une rhétorique fondée sur des prétendues "preuves scientifiques" affirme régulièrement l'étiologie biologique ou l'origine génétique desdits troubles. Ces affirmations sont répandues comme vérités par des publicités médicales, des leaders d'opinion et des conférences de consensus. Malheureusement, une réelle critique scientifique se fait rare alors que les dites preuves sont loin d'être apportées.

Nous désirons rappeler que :

1. Tout diagnostic, en psychiatrie comme dans toute la médecine, reste une construction hypothétique qui ne peut se faire qu'au cas par cas. La clinique psychiatrique s'élabore à partir des symptômes dont un sujet témoigne. Elle ne peut jamais se satisfaire d'étiqueter un patient ni de justifier un traitement standardisé.
2. Le premier et l'ultime traitement dans le champ psychiatrique est et sera toujours l'établissement d'une relation - que les psychanalystes nomment transfert - avec la personne en souffrance. Les psychotropes restent des traitements symptomatiques. C'est dégrader l'usage de la parole que d'en faire un simple adjuvant à la prescription médicamenteuse.
3. Notre désaccord avec les conceptions qui désignent les désordres biochimiques ou les défauts d'apprentissage comme les causes essentielles des troubles dont se plaignent les patients et que dès lors il leur soit répondu exclusivement par une combinaison de médicaments et de techniques thérapeutiques comportementales.
4. Notre refus que des logiques bureaucratiques, managériales ou commerciales tiennent lieu d'orientation à la psychiatrie. La régulation des dépenses de santé justifie certes des procédures de réglementation, mais il ne faut pas que la triade "évaluer, garantir et contrôler" vienne se substituer aux chaînes dont Philippe Pinel avait libéré les insensés dans le geste fondateur de la psychiatrie.

En conséquence, nous voulons que :

1. La perspective scientifique en psychiatrie fonctionne comme source d'une constante remise en question, et non comme un dogme servant de pensée unique.
2. La psychiatrie reste clairement démarquée des intérêts économiques, industriels et politiques. L'enseignement de la psychiatrie intègre des disciplines essentielles à sa compréhension critique telles la philosophie, la sociologie, l'anthropologie, l'épistémologie des sciences, les théories psychanalytiques et systémiques, l'histoire de la psychiatrie, etc.

Actes du Congrès "Et les enfants, ça va ?"

Texte d'introduction

C'est pour nous un grand plaisir que d'introduire la publication de ces journées qui furent le fruit d'un travail réalisé pendant plus d'un an au sein de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale par le comité d'organisation du Congrès, coordonné par Madame Anne Labby, en étroite collaboration avec l'équipe permanente de la Ligue et son Conseil d'Administration, et avec le soutien de la Société Belge Francophone de Psychiatrie de l'Enfant, de l'Adolescent et des Disciplines Associées.

Ce Congrès, qui a été conçu dans un esprit d'ouverture et d'approfondissement des pratiques, a été particulièrement riche grâce à la qualité des exposés des orateurs en séances plénières et à celle des interventions en symposia.

Cette question apparemment simple : *et les enfants, ça va ... ?*, introduisait en effet un changement de perspective. En effet, si les professionnels ont une certaine habitude de se réunir pour réfléchir à ce qu'ils font, il est moins fréquent qu'ils le fassent à partir d'une interrogation qui non seulement dépasse les limites de leurs compétences spécifiques, mais qui surtout replace ces compétences dans la perspective globale du sens qu'elles prennent au sein d'une société.

La question posée n'était donc pas d'abord de savoir si l'organisation et la mise en oeuvre des soins psychiques et des autres disciplines qui participent à la santé mentale des enfants nous apparaissaient comme satisfaisantes, mais bien de nous intéresser avant tout à ce qui se passe pour les enfants eux-mêmes. Rien ne permet d'affirmer en effet qu'on puisse établir une corrélation linéaire entre la qualité de nos dispositifs de soins et la bonne santé mentale des enfants. On pourrait même défendre l'hypothèse iconoclaste d'une corrélation inverse. Nous n'irons cependant pas jusque là, ce serait sans doute procéder à une simplification abusive.

Mais il est bon néanmoins de garder à l'esprit que le développement de nos institutions et de nos dispositifs n'est pas une fin en soi, et que les perspectives issues de notre expérience clinique gagnent toujours à être replacées dans le contexte global du champ social dans lequel elles s'inscrivent. Les articles qui composent ce numéro y contribuent.

Un tel recentrage a plusieurs conséquences. Il nous rappelle fort à propos que la santé mentale, tout comme d'ailleurs la santé physique, relève de niveaux extrêmement hétérogènes : des facteurs économiques, politiques, culturels, influencés à des degrés divers par l'ensemble des organisations et institutions sociales qui y contribuent de manière déterminante.

Il est donc indispensable que nous mettions au travail les théories qui organisent nos cliniques afin qu'elles nous permettent d'articuler nos actions à celles de professionnels de champs hétérogènes, sans chercher à effacer les différences, mais en instaurant une dialectique de partenariat.

Ce congrès était également important parce que, partant de cette question simple, mais essentielle, " *et les enfants, ça va ... ?* ", il invitait les participants, dans son sous-titre, à la décliner dans les registres croisés des transformations du lien et de l'évolution des pratiques.

Transformations, passage de formes de liens à d'autres formes de liens. Les liens, c'est d'un côté ce qui relie, ce qui relie des émotions et des représentations, c'est l'activité de pensée, c'est le processus de la symbolisation ; c'est ce sur quoi s'étaye le processus de subjectivation, c'est aussi ce qui relie les êtres humains entre eux, leur permet de mettre en commun des pans entiers de leur psychisme, et, ce faisant, de poursuivre le travail d'humanisation. Mais les liens, c'est d'un autre côté ce qui entrave, ce qui entrave le déplacement des investissements, c'est la compulsion de répétition, c'est la fixation à la destructivité des traumatismes ; c'est ce qui entrave le processus de séparation, immobilise dans l'emprise du même, impose l'impossibilité de se différencier, génère l'intolérance à la différence, la haine de l'autre. Double polarité, inévitable, indissociable, des liens.

Evolution, passage de certaines espèces de pratiques à d'autres espèces de pratiques. Les pratiques, c'est d'un côté l'engagement et l'implication effectifs dans la réalité vécue, c'est la référence à l'expérience plutôt qu'aux a priori, l'ouverture à la surprise dans la découverte de voies non encore empruntées. Mais les pratiques, c'est aussi la méconnaissance de ce qui s'y déploie, c'est l'illusion de pouvoir faire l'économie d'une confrontation tierce à l'exigence réflexive des théories et des concepts, c'est l'omnipotence cachée d'un faire qui sous couvert d'échapper à l'idéologie, refuse de se laisser penser. Double polarité, complémentaire, contradictoire, des pratiques.

Les transformations et/ou évolutions de notre monde accentuent, nous semble-t-il, les tensions entre ces polarités paradoxales, nous laissant un sentiment de vertige, d'instabilité, de fragilité, de morcellement, qui ne peut se traiter que dans la rencontre, l'échange, la confrontation et le partage.

Il ressort aussi de ces considérations que les questions sociales, les transformations des représentations et les mutations des normes interpellent le champ de la santé mentale. Plus aujourd'hui qu'hier ! Un enjeu majeur se dessine pour les institutions et les équipes de praticiens, à savoir leur structuration tenant compte de l'émergence de nouveaux malaises sociaux et des attentes réparatrices ou correctrices de la société.

Dans leur travail de recherche sur les mutations d'un champ de l'action publique, Jean De Munck et ses collègues qualifient de troisième anneau de la santé mentale cette dimension de socialisation de la maladie ou de la souffrance psychique.

Au schéma conventionnel d'une psychiatrie prise entre conception médicale et orientation psychodynamique, qui en sont les deux premiers anneaux, s'ajoute une perspective très contemporaine : le traitement des problèmes et maladies du psychisme est aussi une affaire de contextualisation et de liaison avec le social. Et les pratiques cliniques avec les enfants le démontrent chaque jour. Raison pour laquelle les discussions, les échanges de savoir et les réflexions comparées autour des expériences de prises en charge sont plus que jamais à encourager entre cliniciens d'orientations différentes. Le Congrès " *Et les enfants, ça va...?* " a été pensé dans cet esprit.

De ces échanges extrêmement divers et stimulants, ce numéro spécial de la revue *Enfances, Adolescences* espère restituer quelques moments forts. C'est ce qui a guidé notre choix parmi les nombreux textes que les orateurs des séances plénières et des symposia nous ont fait l'amitié de retravailler pour cette publication.

Nous vous en souhaitons une agréable lecture.

Jean-Paul Matot, Manoëlle Descamps et Eric Messens

Sommaire du HORS SERIE *Et les enfants, ça va ?*

- ▷ *Introduction* - Jean-Paul MATOT, Manoëlle DESCAMPS et Eric MESSENS
- ▷ *Les transformations de la paternité ou la décomposition - recombinaison des places des pères, des mères, des enfants et des liens entre eux* - Christine CASTELAIN-MEUNIER
- ▷ *La passion de l'enfance comme refus du sexuel* - Serge LESOURD
- ▷ *Il est interdit d'interdire* - Danielle BASTIEN
- ▷ *Les enfants et les adultes comme sujets compétents et vulnérables : une réflexion éthique sur les droits de l'enfant* - Annemie DILLEN
- ▷ *Les premiers objets d'attachement : points d'arrimage des liens actuels entre les enfants, les parents et les professionnels* - Christophe JANSSEN, Jean-Luc BRACKELAIRE, Anne-Christine FRANKARD
- ▷ *La mort, question vitale en périnatalité et pédiatrie* - Pascale GUSTIN et Brigitte VERBRUGGEN
- ▷ *L'enfant en placement familial à la croisée de différentes histoires et de différents temps vécus* - Marie-France LAMBERT
- ▷ *Apprendre en exil : barrière culturelle et inhibition intellectuelle* - Claire METZ
- ▷ *Evolution des modèles psychothérapeutiques pour l'enfant, l'adolescent et sa famille* - Christine FRISCH-DESMAREZ
- ▷ *Intersubjectivité et travail de lien : un nouveau paradigme pour le soin psychique en prévention ou en institution ?* - Denis MELLIER
- ▷ *Du lien aux lieux ou comment tenir compte des transformations du lien avec les enfants et inventer des lieux de soins pertinents pour eux ?* - Pierre DELION
- ▷ *Amour ...Amor ...A mort* - Bernadette HUBERLANT
- ▷ *Au-delà des discours communs, écouter des problématiques singulières* - Anne THEVENOT
- ▷ *Les jeunes enfants comme ressource dans l'intervention systémique ; la consultance : une application particulière de travail de réseau* - Edith TILMANS-OSTYN
- ▷ *Les enfants dans le temps de la souffrance psychique de leur parent : du temps qui se fige au temps qui s'emballe* - Cathy CAULIER, Bernard MARTINEZ, Marie SION
- ▷ *La fratrie comme ressource en cas d'alcoolisme* - Blandine FAORO-KREIT
- ▷ *Contribution du génogramme imaginaire dans les supervisions cliniques.* - Isabelle DURET, Alexia JACQUES, Zoé ROSENFELD, Nathalie VERCRUYSE
- ▷ *Le Service de Santé mentale est-il un lieu suffisamment bon pour accueillir les bébés ?* - Christophe du BLED
- ▷ *Le maternage, rencontre de corps réels, ou reprise d'une narrativité* - Marie COUVERT et Patricia JETTEN
- ▷ *L'ours bleu et le petit lion : histoire de la prise en charge d'un enfant de 4 ans* - Marguerite BLONDEEL
- ▷ *Roberto et l'ordinateur : du point d'impasse au point d'appui* - Dominique MARLAIR et Eric STREVELER
- ▷ *Conclusions et perspectives* - Anne LABBY

Pour tous renseignements sur la Revue E-A et pour commander ce hors-série 2005 :

Revue Enfances-Adolescences

Mail : anne-laurence.rau@clin.ucl.ac.be

Fax : 02/764.89.21

Prix (qui comprend 2 numéros en 1) : **30€**

A verser sur le compte : **068 - 2413893 - 75** DEXIA banque

Communication : Revue E-A hors série 2005 + votre nom

Avec l'âge, on vieillit...

Proverbe canadien

Introduction

Relativiser,
il paraît que cela
fait partie
d'un processus
qui s'appelle
vieillir.

Philippe Labro

Manuella

Paul a besoin de parler à quelqu'un. Au moment où j'arrive, sa femme fait mine de s'en aller. " Non, non ! Reste ", lui dit-il. Après le " comment allez-vous ? " d'usage, je poursuis : " cette intervention est très lourde, Monsieur, vous devez être bien fatigué ! " Aussitôt, il réagit avec force : " c'est la seule chose sensée que j'aie entendue depuis longtemps ! " Je dois avouer que j'étais un peu interloquée !

" Personne ici ne veut comprendre combien je suis fatigué ! Les infirmières me bousculent, le kiné s'obstine à me faire marcher deux fois par jour et, en plus de cela, pas moyen de dormir, on vient tout le temps me déranger... Vous ne voulez pas faire comprendre cela à ma femme ?... "

En effet, Madame voudrait tellement qu'il fasse davantage d'efforts...

Paul a 79 ans et il s'interroge sur son avenir.

" Qu'est-ce que je peux encore faire ? Je ne sers plus à rien. Je ne suis même plus capable d'aider ma femme. Mes enfants, oui, ils sont gentils mais je ne leur suis plus d'aucune utilité. Je voudrais mourir... "

Combien de fois n'avons-nous pas entendu cette plainte auprès de personnes en rupture de santé ? Car Paul n'est pas le seul à vivre ce passage douloureux qui consiste à perdre les appuis qui constituaient sa force !

Avec lui ce sont des centaines de milliers de personnes vieillissantes qui ont à faire un travail que peu soupçonnent. " 1

Vieillir , une question pour tous ...

La vieillesse n'est
pas une question
d'âge,
mais bien plus une
certaine façon de
regarder
les autres.

Alice Parizeau

L'amour de Jeanne

... Aborder la question du vieillissement, c'est un peu tenter de démêler une pelote de laine. Au début, on en voit un petit bout. Plus on tire, plus on en sort des aspects insoupçonnés au départ... et on a l'impression qu'on en aura jamais terminé. La thématique qui nous occupe ici est comme cela.

Si on l'aborde par le volet des bouleversements démographiques de cette fin de siècle, on constate rapidement qu'on ne pourra pas éviter de parler du nécessaire lien social à retisser.

Si on choisit de l'étudier en partant des projets qui tentent de rendre aux personnes âgées un rôle, une fonction, une utilité sociale, on sera inévitablement entraîné dans les représentations de la vieillesse.

Si on opte pour l'analyse des relations intrafamiliales, on sera très vite amené à se poser la question de l'individualisation de la société. " 2

Dans vingt ans les plus de soixante-cinq ans représenteront vingt pour cent de la population du monde développé. Dans cinquante ans ils seront - nous serons - un milliard et demi.." " 3

Cela ne nous demande-t-il pas de porter un regard autre sur la planète " Vieillesse ? " N'est-il pas grand temps de considérer cet avenir d'une toute autre façon ? Alors quand apparaît le temps où l'activité vient à baisser, qu'on se fait de plus en plus vieux, que la santé se fait de plus en plus déficiente, comment encore oser se regarder en face ?

L'un des privilèges
de la vieillesse,
c'est d'avoir,
outre son âge,
tous les âges

Victor Hugo

Les situations présentées par les personnes âgées ne diffèrent donc pas fondamentalement des situations présentées par les autres usagers mais l'âge, la détérioration qui en découle, une moindre mobilisation, une plus grande fragilité affective, l'approche de la mort, en donnent une dimension supplémentaire.

(...) En chaque personne âgée, il y a un enfant, un adolescent et un adulte qui demeure.

Mais aussi inversement, en chacun de nous une personne âgée se développe : pouvons-nous dire que nous ne sommes jamais concernés par le sentiment de nos limites, la possibilité de la mort ou le sens de notre vie ?

La personne âgée est avant tout un adulte plus âgé que d'autres, vivant des histoires propres à son histoire ; cette histoire est aussi celle de sa place dans sa famille au sein de laquelle elle s'est construite, porteuse de désirs, de valeurs, d'interdits, de deuils.

- I. Boniver, Coordinatrice "Personnes Agées", in Les Cahiers de la Santé, n°2, 1997, pp. 40-41 -

La Coordination " Personnes âgées ", actrice de changement

la vieillesse
n'est qu'une
certaine idée
que les autres
se font de vous

Joseph

Rudel-Tessier

Roquelune

Changer les comportements à l'égard de l'âge, confronter nos regards sur la vieillesse, combler le fossé intergénérationnel, prendre en charge nos aînés, donner du sens, ... depuis plus de 15 ans, la Coordination " Personnes âgées " de la L.B.F.S.M. se donne du temps pour resituer le contexte du vieillissement de la population, de considérer les personnes âgées comme actrices de leur propre destin, et de profiter de cette longévité toute neuve, à travers des solidarités, nouvelles, elles aussi, à travers des groupes et réseaux d'échanges interprofessionnels, intergénérationnels et internationaux, ...

La coordination, qui rassemble travailleurs issus de multiples secteurs (santé mentale, homes, hôpitaux, centre de soins, etc...) et personnes âgées elles-mêmes (bénévoles, groupes d'entraide, ...), défend et désire promouvoir une éthique de travail basé sur le respect de la personne prise dans l'ensemble de son individualité. Même fragilisée, la personne âgée doit pouvoir garder ses droits, sa dignité, son intégrité. Au sein de la coordination, la personne âgée est elle-même mobilisée, elle participe à l'échange, elle est la partenaire indispensable dans les relations entre les générations, dans la (re)constitution du lien social.

La coordination initie, réfléchit et soutient des initiatives créatives visant le décloisonnement (projets intergénérationnels, habitats alternatifs ...) et promouvant les ponts transgénérationnels permettant le partage des intérêts préférentiels de chacun.

L'ensemble de ce travail consiste à reconsidérer ce qui fait le sens et la valeur de la vie, de la vie telle qu'elle se présente aux personnes âgées.

Un autre regard, une parole...

Bien des intervenants et praticiens portent sur les personnes âgées un regard tel qu'elles se sentent exister. La Coordination " Personnes âgées " permet à ces multiples praticiens psycho-sociaux de s'interroger sur le travail en santé mentale avec nos aînés. Séminaires, journées d'études, formations, écrits, ... viennent régulièrement témoigner et sensibiliser le tout public et les autres intervenants de

la place et du rôle de la personne âgée dans nos sociétés contemporaines. Au fil des rencontres et des exposés cliniques des participants, une réalité commune ponctue les échanges : comment arriver à faire entendre et respecter la parole et les choix de vie des personnes âgées ? Leurs échanges cliniques veulent inscrire et défendre la place et la parole de la personne âgée dans une clinique du sujet et dénoncer les carences que leur position de témoin privilégié leur permet de discerner : manque d'encadrement suffisant pour un maintien à domicile de qualité, vide juridique repéré dans certaines situations troubles, risques de dépersonnalisation possibles en structures institutionnelles trop vastes, possibilités de dérapages d'une politique de logement trop élitiste.

Rôle d'une coordination :

traduire la réalité, se concerter, s'indigner ...

En 1996 , les suicides des personnes âgées de plus de 65 ans représentaient plus de 24% des suicides en Belgique (478 sur 2013 suicides répertoriés). Ces suicides sont révélateurs du malaise de notre société à l'égard du vieillissement ; ils provoquent peu d'émoi médiatique ou sont souvent sous-évalués et banalisés .

Nous ne pouvons rester sans réaction face à ces chiffres et aux souffrances de ces adultes âgés et désirons aborder l'approche particulière et singulière de la santé mentale face à la souffrance de vieillir.

Vieillir,

c'est être dépouillé

Proverbe rwandais

Maltraitance

En diffusant en 2003 un texte de sensibilisation sur la maltraitance des personnes vieillissantes les participants ont voulu interpellé sur ce terme qui reste, malgré de multiples et rationnelles définitions, assez flou. Il rend compte à la fois de faits graves mais évoque aussi l'éthique individuelle face à une personne âgée, à un proche parent en difficulté, dérangent, fatigant, ...

Une trop grande lassitude, un comportement énervant et répété de la personne âgée, des problèmes personnels, ... peuvent générer à domicile, comme en institution, des comportements maltraitants .

Des groupes de paroles et des formations continues avec d'autres professionnels sur les pratiques quotidiennes sont absolument nécessaires.

Mais écoute et moyens ne sont pas toujours au rendez-vous quand temps et financement manquent et font cruellement défaut au travail de réseau, de concertation et de formation...

Habitat et choix de vie

Si la maltraitance institutionnelle ou à domicile des aînés demeure une préoccupation majeure et essentielle des travailleurs rencontrés aux groupes de travail, une autre réalité s'articule autour des lieux et choix de vie des personnes âgées.

" L'habitat des personnes vieillissantes ", comme le cite un rapport de la Fondation Roi Baudouin, " interpelle l'ensemble de la société, qui est à l'image de la place qu'elle réserve à ceux et à celles qui ont contribué à son développement ." ⁴

Les intervenants, à travers leurs rencontres de travail, entendent, ponctuellement mais depuis quelques années déjà, des personnes âgées - se sentant seules ou ne pouvant vivre seules - refuser le schéma des maisons de repos actuelles et cherchant d'autres alternatives , telles que des habitats groupés ou intergénérationnels .

D'autres participants déplorent le manque de temps donné à la personne âgée pour préparer et élaborer un changement de lieu de vie... Toujours cette fameuse place accordée à personne âgée...

Santé

La vieillesse
n'est pas une
question de mort,
c'est une question
de santé
puisque la mort
est certaine

François Mitterrand

Le vieillissement de la population entraîne dans son sillage de nombreux soins de santé et de multiples hospitalisations, ainsi qu'un développement considérable de grosses structures d'hébergements et de soins, d'établissements et de services, faisant " passer " les personnes âgées de l'une à l'autre, en reléguant au second plan - voire en niant... - le choix de vie des personnes concernées.

Pour répondre à la demande et aux besoins des aînés, nous ne pouvons que faire à nouveau appel au temps et au respect de la parole du sujet, et ce afin de soutenir les personnes âgées dans des solutions diversifiées qui leur sont propres et respectent un maintien à domicile désiré ou un déménagement vers une petite unité de vie.

Ce temps, ce travail clinique, nous essayons de le prendre et de le défendre dans notre coordination comme dans d'autres secteurs d'aide aux personnes âgées. Permettre à la personne âgée de rester un adulte vieillissant, d'être respectée dans sa dignité, dans son degré d'autonomie, sa participation et son équité.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, devoirs et liberté de citoyens.

Elles peuvent garder leur place dans la société, dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Plusieurs Chartes nationales ou internationales reprennent ces principes de choix de vie.

Une parmi tant d'autres : *" Toute personne âgée dépendante ou autonome garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques ou mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond ..."*

ISABELLE BONIVER,
Coordinatrice "Personnes âgées"
S.S.M. Le Wops/L.B.F.S.M.

juillet 2005

- 1 et 3 article Cefem, Guy D'argent, 2003
- 2 Revue L'Observatoire n° 29, *Inégalités et solidarités intergénérationnelles*
- 4 " Où vivre vieux " , Fondation Roi Baudouin, novembre 1998

Seuls les yeux ne
vieillissent jamais :
l'âge passe
et ne touche pas
le regard.

Tahar Ben Jelloun

L'auberge des pauvres

*Ces idées ont donc gouverné la réalisation de ce numéro
et le dossier que nous vous proposons se veut un regard autre
porté sur la personne qui prononce ces paroles,
et qui permet de découvrir en elle, avant tout, un être de relation.*

Ne pas honorer
la vieillesse,
c'est démolir
la maison
où l'on doit coucher
le soir.

Alphonse Karr

Plus de 20 années séparent la première conférence mondiale sur le vieillissement et aujourd'hui. L'apport essentiel de l'ONU en 1982 a été d'engager une réflexion importante sur le statut de l'homme âgé et de prendre en considération l'ensemble des problèmes qui accompagnent le vieillissement de la population dans le monde, et spécialement la situation fort précaire de nombreuses personnes âgées. Nous pouvons rapidement nous les remémorer et les rassembler autour de 5 axes :

INDEPENDANCE : pouvoir vivre chez soi, avoir des revenus suffisants.

PARTICIPATION : pouvoir partager son savoir, participer à la définition et à la mise en application des politiques les concernant.

SOINS : avoir accès aux soins, aux services sociaux, respect des Droits de l'Homme, des libertés fondamentales.

EPANOUISSEMENT PERSONNEL : avoir accès aux ressources culturelles et spirituelles.

DIGNITE : être considéré avec justice, avec respect.

Ces recommandations énoncées il y a 20 ans ont servi de socle dans la construction d'une politique sociale générale et intégrée dans nos sociétés; généralistes, elles restent souvent d'actualité. Les différents gouvernements ont ainsi été encouragés à intégrer ces principes dans leurs programmes nationaux

Cette double décennie a été jalonnée d'autres étapes primordiales : on ne peut que ré-affirmer l'importance de l'année européenne 1993 de solidarité entre générations, de l'année internationale des personnes âgées de 1999, et tout dernièrement de l'Assemblée mondiale de Madrid suivie de son plan de stratégie et de mise en oeuvre décidé en septembre 2002 à Berlin.

La spécificité du vieillissement nécessite, à elle seule, une attention qui va au-delà de l'idée de " l'urgence " du vieillissement de la population. En effet, si l'année européenne 1993 de la solidarité entre générations a eu le mérite de faire sortir et de déstigmatiser le monde des personnes âgées des idées " ghettoisantes " qui les définissaient comme un poids et un problème financier et sanitaire, cette prise de conscience n'a sans doute pas été suffisante pour éliminer ces exclusions culturelles et politiques, dans une société en mutation démographique continue. Plus de dix ans après cet événement, il s'avère nécessaire et primordial de remettre les résultats obtenus sur le métier, et de les mesurer à l'aune du contexte social, productif et culturel de l'Europe du troisième millénaire

L'Assemblée de l'O.N.U. qui s'est déroulée à Madrid en Avril 2002, et plus récemment l'Assemblée de l'U.N.E.C.E. de Berlin de septembre sur le vieillissement de la population, ont constitué un virage culturel et politique en "déclarations"

Le vivre
et le vieillir
sont choses
si conjointes,
que l'imagination
même a de la peine
à les séparer.

François

de Malherbe

Lettre à la Princesse de

Conti - 29 juillet 1614

qu'il s'agit maintenant de traduire en actions concrètes capables de modifier le visage de la société européenne.

Les personnes âgées, pour diverses raisons, se trouvent en conditions de faiblesse sociale par rapport à une majorité de la population, elles souffrent des contradictions du marché du travail, rencontrent une plus grande vulnérabilité sur le plan de la santé, subissent des discriminations évidentes et sournoises, jouissent de revenus appauvris par le fait d'être pensionnées ou dépendantes de l'assistance sociale, elles sont aussi exclues des parcours formatifs et d'éducation continue, avec tout ce que cela engendre en niveau de la marginalisation. Tout ceci constitue dans la majorité des cas un gaspillage de valeurs et de ressources humaines, alors que les personnes âgées, aujourd'hui encore plus qu'hier, sont aptes à mettre au bénéfice de tous, leur patrimoine d'idées, leurs expériences, leur professionnalisme, leurs ressources économiques.

Face à une telle disponibilité, on ne peut que défendre une nouvelle politique économique, sociale et culturelle de l'Europe entière, afin d'inciter chaque pays à y participer et à y concourir activement.

- Isabelle Boniver, Elio D'Orazio, in Rapport Age 2004 -
European Platform Age, Bruxelles -

Regard d'une gérontologue

Myriam LELEU

Bureau d'Etudes et de Recherche en Sociologie

*Myriam Leleu, gérontologue et sociologue belge, auteur de **Misère et insolence de la vieillesse** (Labor, 1998), pose un regard critique:*

"... Elles représentent la mise en scène du commerce absolu de la vieillesse et d'une certaine vieillesse, celle des jeunes seniors. Car ce sont eux qui sont en situation de mobilité, qui sont relativement nantis et qui peuvent dépenser. A l'inverse, la "vraie" vieillesse, celle qui représente la mort, est marginalisée, voire cachée..."

En quoi nos représentations sociales et culturelles de la vieillesse influencent-elles nos relations avec les personnes âgées ? Plus précisément, quel est l'impact de ces représentations sur le travail psychosocial ? De manière plus large, quel est l'effet des mutations sociétales et des phénomènes d'ouverture/fermeture culturelle sur les représentations de la vieillesse et sur la manière d'aborder la problématique du vieillissement et de la dépendance dans le champ professionnel.

Un contexte socio-démographique en mutation

3 personnes actives pour 1 retraité en 2000... 2 personnes actives pour 1 retraité en 2015... 1 personne sur 4 aura plus de 60 ans en 2025...

Voilà qui change radicalement le paysage démographique. Parler de vieillissement démographique n'est pas vain et il importe dans ce cadre d'en observer les effets sur les différents niveaux de la vie en société, qu'ils soient familiaux, professionnels, sociaux, économiques ou politiques...

Petite anecdote : plutôt que de continuer à parler de vieillissement démographique, ne serait-il pas plus significatif de parler de rajeunissement démographique puisque l'espérance de vie en bonne santé augmente continûment ? Les personnes âgées connaissent donc un rajeunissement biologique, ce qui propose à toutes les générations en vie une plus longue " jeunesse "...

Plusieurs niveaux se dégagent dans l'observation des effets du vieillissement sur la perception des différentes générations :

- le niveau sociétal, celui du regard général porté sur la vieillesse,

- le niveau intermédiaire du travail social, celui du regard porté sur les dispositifs d'aide formelle (coordination des services et soins à domicile, accompagnement social dans les lieux de vie institutionnels, etc.) par les personnes âgées et par les intervenants,
- le niveau familial, celui de l'entourage, et plus largement, celui du réseau d'amis et de voisins, à l'origine des solidarités de proximité, soit l'aide informelle et spontanée : quel est le regard porté par les plus âgés sur l'entourage et les différentes générations en vie et vice-versa, cela dans un cadre de mutations familiales marqué par le travail de la femme et sa moindre disponibilité, par les 'fidélités successives', les nombreuses recompositions familiales et la multigénérationnalité ?

Jeunes vieux, vieux vieux, très vieux, trop vieux, le langage parle de lui-même. Il n'y a plus un âge de la vieillesse mais des âges de la vieillesse. Se distinguent au moins deux âges :

- celui d'une verte vieillesse, celle des seniors, celle des jeunes vieux en pleine forme, toujours prêts à refaire le monde, celle que l'on exauce, et l'on touche ici au mythe du vieillir actif,
- celui d'une vieille vieillesse, celle de la sénescence et de la dépendance (autonome ou non), celle d'une mort prochaine, celle qui fait peur et que l'on continue à cacher dans des lieux fermés, exclus du monde, de plus en plus médicalisés, comme si la technique médicale était devenue le dernier recours face au manque de sacré, et l'on rejoint ici la réalité de la finitude.

Évolution de la perception de la vieillesse

" Face à un processus biologique universel, une société peut soit se donner les moyens de créer un âge de la vieillesse et ainsi regrouper ses membres plus âgés, soit nier la particularité de leur vieillissement en se donnant les mécanismes pour éviter que les membres les plus âgés se retrouvent au sein d'un groupe social homogène et distinct. L'une et l'autre solution sont des créations humaines, des constructions culturelles qui ne peuvent qu'être cohérentes avec l'ensemble social auquel elles appartiennent. " (Arcand, 1989, p. 97).

Notre société connaît un âge de la vieillesse et nous sommes loin de cultures telles que celle des Cuiva de Colombie, où les gens âgés ne forment pas une catégorie sociale identifiable. Ceux-ci en effet, se définissent en tant qu'hommes, femmes et enfants : une fois sorti de l'enfance, l'individu est confondu avec l'ensemble des adultes jusqu'à sa mort. Il n'y a donc pas d'âge de la vieillesse, pas de barrière des âges, pas de " retrait " des activités de production et les vieillards sont traités comme si la vieillesse n'existait pas. La chasse et la cueillette assurent la nourriture de tous en une quinzaine d'heures de travail hebdomadaire par personne valide. En cela, les Cuiva ont un mode fonctionnement aux antipodes des sociétés industrialisées qui rejettent les personnes improductives.

Si " l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable " (Bourdieu, 1980, p. 145), la vieillesse, âge de la vie, aussi : ces éléments sont en effet soumis aux aléas du temps et des cultures qui participent à leur construction sociale et de ce fait, proposent des représentations sociales en mouvement. L'on observe effectivement des variations et manipulations du sens des âges en fonction des enjeux de société. Ainsi, après avoir distingué entre troisième, quatrième et cinquième âge (expressions devenues obsolètes), l'on parle aujourd'hui de 'jeunes vieux' (55-65 ans, expression due à B.L. Neugarten dès 1974), 'vieux vieux' (65-80 ans), 'très vieux' (80-100 ans) et même 'trop vieux' (100 ans et plus !) pour distinguer entre les différents états de la vieillesse. Notons que cette distinction intervient au moment où le groupe des adolescents connaît lui aussi un éclatement en sous-groupes, soit les préadolescents, les adolescents et les postadolescents. Mieux encore, cette distinction entre seniors actifs et personnes âgées dépendantes, afin d'insister sur le nouvel âge de la vieillesse, ce qui a pour conséquence de rejeter d'autant plus les vrais vieux ou 'vieux vieux' dans les oubliettes ! Le vieillissement de la population, la baisse du temps de travail et l'incertitude du marché du travail, les mutations familiales ont engendré un contexte de déstabilisation des cycles de vie et du parcours des âges. Un nouvel âge s'est formé, celui des 'nouveaux vieux' ou 'adultes sans âge', qui transforme les cycles de vie en ajoutant une période entre la vie active et le grand âge. Cette autre manière de parler et de montrer l'extension de l'échelle des âges ne serait qu'un détour 'social' permettant d'intégrer les changements dus à l'augmentation de l'espérance de vie et à la transformation des cycles de vie.

Globalement, on est passé d'une image négative de la vieillesse associant avance en âge à lenteur, incapacité,

rigidité, inutilité et inefficacité à une image positive du senior actif nanti de savoirs et d'expériences. Le stéréotype reliant vieillesse à exclusion du monde du travail, laideur, maladie, handicap, pauvreté et isolement a cédé la place à de nouvelles représentations. L'image du vétéran, du vieillard immobile et inutile, avachi dans un rocking-chair ou s'appuyant sur une canne, semble dépassée. La vieillesse n'est plus attendue de la mort mais peut être le commencement d'une nouvelle vie, un temps nouveau d'activité libéré des contraintes de la vie professionnelle et familiale, moment d'épanouissement durant lequel l'expressivité supplante l'instrumentalité (si on en a les moyens !).

La révolution démographique conduit les individus vieillissants à inventer des alternatives aux manières 'traditionnelles' de vivre la vieillesse, à devenir des 'pionniers démographiques', soit à rechercher des repères et un sens autres pour ces vies de plus en plus longues. Le papy, créateur d'entreprise et/ou revendicateur politique, la digne vieille dame qui alterne sorties entre copines et après-midi théâtrales avec ses petits-enfants remettent en cause ces représentations du grand-père bricoleur ou de la grand-mère préparant des confitures. Les pionniers sont ainsi pris dans des tensions particulières à leur génération, entre les rôles traditionnels (petits-enfants, tâches domestiques) et le besoin de participer activement à une société.

Toutefois, cette nouvelle image de la vieillesse, signifiant énergie et action, recouvre le développement de nouveaux stéréotypes selon lesquels on est supposé rester jeune et actif durant toute la vie ! Dès lors, si nourrir des pigeons ou regarder la vie des autres assis sur un banc public sont des stéréotypes parlant des vrais 'vieux', suivre des cours dans une Université des Aînés ou partir en 'croisière argentine' sont aussi des stéréotypes, voire une autre forme de dépendance.

Dès lors, s'il est difficile de vieillir dans un monde qui a tendance à repousser les affres de la maladie et de la mort dans des antres cachés, il est aussi difficile de vieillir dans un monde où il s'agit d'être fringant et dans le coup éternellement. Rester jeune le plus longtemps possible est devenu une valeur non seulement spirituelle mais aussi matérielle. La recherche de la mythique fontaine de jouvence n'a jamais été aussi tenace qu'en cette époque de haute technologie. Liftings, jogging, liposuction, prothèses, orthèses et autres ersatz compensatoires remplissent des devoirs démesurés. Cependant, rester jeune à tout prix peut s'avérer dangereux non seulement pour les personnes qui refusent le miroir de la vie mais aussi pour les générations qui suivent car les rôles traditionnellement dévolus aux différents âges sont remis en question. Il est donc difficile d'être jeune dans un monde où l'on ne perçoit plus toujours qui est vieux !

Les repères sont fluides. Quels sont les véritables signes de la vieillesse ? Le départ en retraite ? Des cheveux blancs ? Des rides ? Un corps meurtri ? De vieilles idées ? Un état d'esprit ? La commémoration de souvenirs ? Il est certain que le passage à la retraite reste le marqueur principal de l'entrée officielle dans la vieillesse. Le grand âge et la dépendance sont cependant des signes déterminants de vieillissement largement cautionnés par le recours aux services et soins à domicile ou par l'entrée en maison de repos. Cependant, le vieillissement peut aussi et surtout être défini comme un processus subjectif lié à la vision du monde, à la perception de la qualité de vie et au niveau de bien-être désiré. Pour Jean Cocteau (1889-1963) par exemple, "*La vieillesse commence quand on décide un jour de ne pas faire quelque chose sous prétexte qu'on l'a déjà fait...*". Deux témoignages plus terre-à-terre nous donnent les deux regards extrêmes suivants : "*La vieillesse, c'est l'âge d'or, c'est l'épanouissement de ce qu'il y a de plus profond en soi*" (une femme, 86 ans) ou "*La vieillesse, c'est dommage qu'elle existe. On devrait rester jeune jusqu'à la fin de ses jours. Parce que vieillir, c'est mourir un peu ! La vieillesse, les maisons de repos, les services et soins à domicile, ce sont des choses qui donnent le cafard.*" (un homme, 51 ans).

Choix socio-politiques et évolution des représentations de la vieillesse

L'image de la vieillesse a fort évolué avec la création de nouveaux principes collectifs de gestion de la vieillesse dans les années 60. La Commission Laroque (1962) en France, chargée de réfléchir sur une politique du troisième âge, permit de dépasser le poids d'une interprétation non pas erronée mais lourde du sens négatif laissé par le démographe Alfred Sauvy dont la prédiction de guerre des générations avait ouvert les prémices d'une 'pédagogie de l'inquiétude' ; dès 1928, celui-ci envisageait de façon catastrophique la baisse de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie.

Dès les années septante, les pays européens consacreront une attention de plus en plus importante non seulement à la sécurité économique des personnes âgées mais aussi à leur insertion sociale et à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit non plus de politique touchant au niveau de vie mais d'actions en direction du mode de vie des personnes âgées. Outre le transfert des ressources, l'offre de services et d'équipements collectifs se développe afin d'éviter l'institutionnalisation et de permettre aux personnes âgées d'accéder à certaines valeurs d'usage nouvelles (Guillemard, 1991, p. 37).

À la même époque, la nouvelle image de la vieillesse connut une diffusion massive avec le développement d'une presse spécialisée (Notre Temps créé par Bayard Presse en 1968 en France et en 1988 en Belgique dans les deux langues nationales (Notre Temps et Onze Tijd), suivis d'Entour'Agés et de Bel Age), des cycles de préparation à la retraite, l'essor des Universités du Troisième Age (les premières furent créées en France par L. Vellas (UTA) en 1973 et en Belgique par J. Lefèbvre (UDA) en 1970), la multiplication des services et équipements réservés aux personnes âgées (vacances, repas sur roues, soins à domicile) et le développement de la participation des plus âgés au secteur associatif (bénévolat). Salons des seniors (Accord'Agés à Liège, Zénith à Bruxelles), défilés de mannequins seniors, concours de grand-mère moderne sont autant d'exemples de la transformation des mentalités. Le vieillard nécessiteux n'est plus ... Vive le marketing des seniors !

Outre le développement du marché des seniors, bien d'autres mesures sont intervenues. Les premières initiatives d'aide sociale issue du monde associatif sont nées dans un contexte de nucléarisation de la famille et d'affaiblissement des solidarités proches, cela dès les lendemains de la seconde guerre mondiale, du moins en ce qui concerne l'aide à domicile ciblée d'abord sur les mères de familles nombreuses. L'émergence de l'Etat-Providence et les Trente Glorieuses virent se structurer sur une base professionnelle et salariée les services classiques de l'aide à domicile (aide familiale, paramédicale et sociale). Un partenariat s'établit durant cette période entre les services associatifs et publics et les pouvoirs publics qui reconquirent l'aide sociale en l'inscrivant dans un cadre réglementaire et financier (Gilain, Nyssens, 2001). Du côté des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, ce n'est qu'en 1949 que le département de la santé publique crée une intervention financière en faveur des hôpitaux et maisons de retraite en Belgique. De même, ce n'est qu'en 1949 que les services d'aides familiales seront reconnus. En 1954, le droit d'aider les personnes âgées en difficulté sera accordé aux services d'aide familiale. Le statut d'aide senior sera créé en 1965 mais ce n'est qu'en 1973 que les services aux familles et les services aux personnes âgées seront réunis au sein des services d'aide aux familles et aux personnes âgées. La première loi d'agrément des maisons de repos (MR) ne surviendra qu'en 1966 et c'est en 1978 que sera introduite la possibilité de convertir des lits d'hôpital en lits MRS.

Les années '80, marquées par la crise de l'emploi et la remise en cause de l'Etat-Providence, se caractérisèrent par l'adoption d'une politique visant la réduction des dépenses publiques dans le domaine de la santé ; on chercha notamment à réduire le temps de séjour des personnes âgées à l'hôpital au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile ou en maison de repos ; les initiatives de coordination furent reconnues dès 1986 en Flandre et 1987 en Wallonie. La Flandre se différencie toutefois de la Wallonie dans la gestion de la dépendance ; dès les années '80, la Flandre privilégie l'aide à domicile par rapport aux maisons de repos considérées comme trop onéreuses et ne correspondant pas au désir des personnes de rester dans leur environnement familial. En Wallonie par contre, le secteur des maisons de repos connaît une forte croissance. Mais les années '90 verront s'établir une priorité pour le maintien à domicile tant du côté flamand que du côté wallon.

Depuis peu, l'on a vu arriver l'obligation du projet de vie rendu obligatoire suite à l'Arrêté du 3 décembre 1998 (paru au Moniteur Belge du 27 janvier 1999) portant exécution du Décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et centres d'accueil de jour pour personnes âgées. Les comités de résidents sont 'supposés' fonctionner à la demande des résidents ou des membres de leur entourage... Plus globalement, on a récemment voté la Garantie de Revenus Aux Personnes Agées (GRAPA) et, depuis le 1er octobre 2001, la Communauté flamande a lancé l'assurance-dépendance (zorgverzekering) tant discutée...

Citons encore en vrac la multiplication des formations en gérontologie et gériatrie, ou encore des formations complémentaires à l'écoute, à la validation, aux soins palliatifs, la plus grande polyvalence et flexibilité dans l'aide à domicile, l'extension des heures de services dans les heures dites inconfortables,

un relèvement du niveau de compétences et une reconnaissance des compétences tant techniques que relationnelles, une volonté de soutien des aidants informels (amis, voisins, famille), etc.

Il est certain que les préoccupations pour le bien-être des personnes âgées, dépendantes ou non, la dénonciation ouverte et publique d'éventuelles formes de maltraitance soit dans le contexte familial, soit dans le contexte institutionnel ont contribué au façonnage d'une nouvelle représentation sociale de la vieillesse et proposent une autre manière de se gérer vieillissant, de gérer la vieillesse ou de se gérer en tant qu'intervenant auprès de personnes âgées.

Insistons toutefois sur le fait que les politiques sociales touchant aux personnes âgées, qu'elles soient d'action sociale ou d'emploi, ont contribué à construire la catégorie âgée en catégorie dépendante socialement et économiquement. D'une part, les politiques de résorption de chômage des années '80, en avançant l'âge de la retraite, ont poussé bon nombre d'adultes en pleine force de l'âge vers l'âge social de la vieillesse fixé par la retraite. L'âge étant devenu un critère d'exclusion du marché du travail, bon nombre de stéréotypes soutenant l'âgisme furent renforcés. D'autre part, les politiques de services et soins à domicile, l'organisation de loisirs pour seniors ont contribué à rendre d'autant plus dépendantes des personnes devenues objets de services. Ces politiques ont renforcé la construction sociale de la vieillesse comme temps de dépendance et de ségrégation en poussant des êtres à vivre dans le monde des vieux, des services et soins offerts aux vieux, ces personnes qui prennent leurs loisirs quand les non vieux travaillent. De ce fait, les vieux 'retraités', et surtout les trop vieux, représentent toujours le non vivre, les exilés de la société parce que la vie qu'ils mènent se déroule en dehors de la vie valorisée, celle qui confère statut social et reconnaissance, celle du travail rémunéré et à défaut d'une activité exercée sous la forme de bénévolat ou d'aide et de transmission aux générations plus jeunes.

Regards sur la vieillesse et travail psycho-social

Le travailleur social est généralement confronté à des visions de la vieillesse autres que celles de super vieux prêts à partir pour un voyage autour du monde. Mandaté par un service social pour venir en aide à une personne âgée en difficulté, dirigé par une logique d'immédiateté, il a tendance à développer une perception plutôt négative de la vieillesse et évoque celle-ci sous la forme d'images " brutales et urgentes : images de vieillards rendus dépendants par des problèmes de santé physique ou mentale, par des conditions socio-économiques difficiles sinon intenable, qui se traduisent très concrètement par des problèmes de logement, d'alimentation, d'habillement, de chauffage ; bref, des images de pauvreté " (B. Arcand, 1990, p. 99).

Il s'agit de relativiser ces visions sordides pour se rendre compte que toutes les personnes âgées ne vivent pas ainsi : une vieillesse sereine et heureuse, et/ou active est possible. Ce n'est évidemment pas une raison pour nier les souffrances de certains et donc, la nécessité d'une intervention.

Au niveau de l'intervention, il importe de relever les éléments suivants : le travailleur social - comme tout autre intervenant - agit dans un cadre de vulnérabilité et de précarisation due à la dépendance consécutive à l'âge. Il est confronté à une personne qui est munie de trajectoires de vie diverses, d'un regard sur la vieillesse et même d'un jugement a priori sur la qualité d'une aide. L'intervenant lui-même est meublé de ses propres trajectoires de vie, d'un milieu d'origine (ethnique, régional, socio-familial), d'un regard sur la vie et la vieillesse, d'un âge, d'un jugement personnel et de critères issus de sa formation et de son contexte professionnel lui signifiant le niveau et les caractéristiques d'une aide de qualité. Les deux 'protagonistes' de l'interaction qui va se nouer ne sont donc pas nécessairement en symbiose d'idées. Et c'est là que se joue toute la qualité d'une relation d'aide qui demande d'abord une bonne communication, cela d'après les opinions issues d'un travail de recherche mené en France par M. Fr. Gounouf (1998) sur les regards et les représentations de la personne aidée. En effet, dans le cadre des services et soins à domicile, comme dans tout service social et hospitalier, il importe de distinguer entre les apports relationnels, les apports domestiques et les apports infirmiers. Il semblerait que de nombreux problèmes sur le terrain des soins et services à domicile sont dus à des difficultés relationnelles : pour certaines personnes âgées, sans le rituel du petit café, pas de service possible, car la voie vers la communication n'est pas ouverte. Une bonne communication verbale et non verbale fait partie de la garantie de services et soins de qualité.

Sans compter que l'intervenant social est bien souvent celui qui assure le lien avec les familles mais

aussi la tâche complexe de la coordination qui demande une bonne visibilité des services rendus, des fonctions et des attentes des uns et des autres : l'aide familiale n'est pas l'infirmière qui n'est pas l'assistante sociale !

Dans le cadre du domicile notamment, les apports des intervenants étant surtout perçus comme une garantie de sécurité, une bonne coordination et la mise en réseau des différents partenaires impliqués dans le soutien à domicile sont extrêmement importants. Il ne faut d'ailleurs jamais oublier que la personne n'est pas un objet, extérieur à sa réalité ; elle reste la principale décideuse.

Enfin, il ne faut pas occulter le fait que l'intervenant exerce un métier et que les compétences professionnelles doivent dominer la relation socio-affective... ceci afin d'éviter des relations 'trop proches' qui engendreraient des difficultés nouvelles dues à la dépendance affective. En effet, la plupart des personnes aidées attendent une visite, celle de membres de leur famille mais aussi celle de l'aide familiale, de l'assistante sociale, etc. " *Quand on la voit arriver, c'est d'abord pour moi, quelqu'un qui me rend visite* " dit un vieux monsieur " *mais ce n'est pas un luxe, car on a besoin d'aide...* ".

Références bibliographiques

- B. Arcand, " *La construction culturelle de la vieillesse* " in R. Santerre, G. Létourneau, Vieillir dans le monde. Contribution à une gérontologie comparée, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1989, pp. 97-105
- P. Bourdieu, " *La jeunesse n'est qu'un mot* " in Questions de sociologie, Minuit, Paris, 1980, pp. 143-154
- Commission européenne, *Vers une Europe pour tous les âges ñ promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations*, COM 221 final du 21/05/1999
- Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté Française de Belgique, *Une société pour tous les âges*. Recommandations finales du Comité belge francophone pour l'Année Internationale des Personnes Agées, Bruxelles, 1999, 31 p.
- Br. Gilain, M. Nyssens, " *Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public* " in J.-L. Laville, M. Nyssens, Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées, La Découverte & Syros, Paris, 2001, pp.47-65
- M.-Fr. Gounouf, *Regards et représentations de la personne aidée sur le service et la profession d'aide à domicile*, CRIDA-LSCI, Paris, 1998
- A.-M. Guillemond, " *Faut-il avoir peur ?* " in Autrement. Être vieux, n°124, octobre 1991, pp. 29-40
- D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, PUF, Paris, 1989, 424 p.
- M. LELEU, *Les Nouveaux Vieux. Portrait des personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la Région bruxelloise*, Commission Communautaire française, A. HUTCHINSON, Bruxelles, 2000, 158 p. (+annexes)
- M. LELEU, *Misère et insolence de la vieillesse*, Labor, Bruxelles, 1998, 95 p.
- P. Mannoni, *Les représentations sociales*, PUF-Que sais-je ?, 1998, 125 p.

Vieillir,
c'est simplifier

Daniel Thibault

De la privation sensorielle et relationnelle progressive à la proximité de la mort... la peur.

Régina GOLDFARB

Régina Goldfarb, psychologue au Centre Médico Psychologique du Service Social Juif, nous livre le texte d'une réflexion communiquée dans le cadre des Journées d'études de l'Année internationale des Personnes âgées (Maison des Associations Internationales, 1999).

" *J'ai 80 ans, j'oublie tout. Je voulais te dire quelque chose, je ne sais plus quoi. C'est terrible.* "

Les personnes âgées ne sont pas des personnes à part...

Si nous imaginons, ne fut-ce un instant, que notre vue, notre ouïe déclinent imperceptiblement mais sûrement,

Si nous imaginons que les personnes autour de nous disparaissent les unes après les autres... que finalement c'est le désert,

Si nous imaginons... que bientôt, très bientôt nous ne serons plus là...

Peut-être que nous ne ferions rien d'autre que de nous balancer sur une chaise, le regard perdu en gémissant "maman"...

Peut-être que nous ne ferions rien d'autre que de déambuler sans répit...

Peut-être que nous serions convaincus que tous veulent notre mort...

Quand j'étais jeune, je me disais que je ne voulais pas vieillir, être percluse de rhumatismes déformants comme ma grand-mère, cela ne me tentait pas, et puis j'ai réalisé que si je ne voulais pas vieillir... il n'y avait pas beaucoup de possibilités... en fait il n'y en avait qu'une : mourir jeune... mais ça, je n'en n'ai vraiment pas voulu... Alors voilà, j'ai dû me résoudre à vieillir...

J'imagine que comme moi, vous trouvez que la vie est un cadeau, belle à vivre, à conserver le plus longtemps possible... même s'il y a des moments difficiles et parfois même très difficiles. Faisons confiance à François Mitterrand quand il dit "On découvre toujours trop tard que la merveille est dans l'instant".

Je vais vous parler de choses que vous connaissez peut-être déjà, de choses avec lesquelles vous serez d'accord et peut-être avec lesquelles vous ne serez pas d'accord. Je vais vous parler d'une facette parmi d'autres... et il y en a 1001...

Ce que je vais vous raconter est issu de ma pratique, des échanges avec mes collègues et de mes lectures (entre autres Naomi Feil, Maisondieu, Marie de Hennezel, Danièle Deschamps, Mélanie Klein, Jeanne Ribaucour, Le Placard).

Je vais vous parler de certaines personnes très très âgées. Je ne prétends pas parler de toutes les personnes très très âgées.

La vieillesse n'est pas quelque chose qui vous tombe dessus un beau matin... C'est quelque chose qui s'installe petit à petit, imperturbablement.

La vieillesse englobe beaucoup de choses. Elle commence à un âge différent suivant ce que l'on est, suivant ce à quoi on accorde de l'importance.

Déjà à 43 ans, je me sentais âgée parce que la moyenne de l'âge de mort de mes contemporains était de 60 - 65 ans. "Après la pension, maintenant qu'il peut jouir de la vie, il est mort".

Les femmes ne se teignaient pas les cheveux à Rome, elles avaient des rides, aux premiers cheveux blancs, on était vieux.

Vers mes 12-13 ans. En 1944, on avait fait un discours sur l'année 2000, je me rappelle, je me suis dit... à 69 ans, vieille avec toutes les douleurs, non merci. Vieillir avant l'âge comme âge, mais pas le corps ou la mentalité.

Les douleurs oui. La mort, c'est normal pour moi. La vie c'est comme une roue, ça circule. C'est moi, c'est toi.

Le plus difficile ce sont les douleurs, mais c'est une chose assez normale.

Mais en même temps, tu as une sagesse, un savoir que tu ne peux pas avoir à 30 ans. On ne peut pas tout avoir. Même avec la chirurgie esthétique, si tu te fais "extérieurement" jeune, l'intérieur reste avec son âge.

Tu as vu trop de choses pour avoir 40 ans quand tu en as 60.

On n'a pas les mêmes optiques, les mêmes envies. J'adorais danser, j'adorais les rythmes, les bandes quand j'étais jeune; maintenant, c'est différent ! La vie... il y a une certaine fatigue des choses !

C'est la vacuité. Quand tu es jeune, tu peux aller danser et le lendemain, tu te lèves tôt... mais tu sais plus. Et si tu fais de la gymnastique, tu n'as plus la liberté, tu es esclave de ton corps. Moins de nécessité pour les choses frivoles. Beaucoup de sagesse m'est venue après mon opération du cancer du sein. Je n'ai pas eu peur. Revenue à la maison, j'étais changée... J'ai relativisé des choses. Sortir sans rouge à lèvres, je faisais peur. Mais alors, pourquoi pas?

J'ai relativisé la valeur de l'argent. À quoi ça sert ? Juste à vivre. Si tu as donné à tes enfants, après c'est fini, je ne dois plus penser à eux. Et j'ai pu rompre le cordon ombilical avec ma fille, finalement, il y a deux ans. Et j'ai compris ma famille.

Depuis mon enfance jusque 70 ans, j'avais rêvé mon enfance. L'amour que j'avais imaginé, c'était dur... c'était imaginé. J'ai eu très mal. Douleurs au dos, traitement chez ostéopathe, travail sur les tensions pour me relâcher. C'est elle qui m'a fait tout revenir. Je pleurais quand elle me touchait.

Elle m'a conseillé un psy parce que je pleurais beaucoup sur moi-même... ce n'était pas mon genre, mais ça s'est passé. Et j'ai compris. J'ai fait un peu de dépression, mais à la lumière de la réalité, j'ai reconstruit mon enfance... J'avais imaginé pour les autres les sentiments que je voulais qu'ils aient.

Je suis arrivé à m'accepter... Je deviens vieille sur certains aspects. Le physique ne me suit pas, j'ai un cœur jeune, mais j'ai une expérience accumulée par les années.

La nature c'est vieillir, je mourrai, c'est une chose naturelle. Et tu acceptes.

J'ai rencontré un homme de 30 ans, Je lui ai dit : " si j'avais 40 ans de moins, je vous aurais fait la cour ".

Avec l'âge - pas avec la vieillesse - tu as des acquis. Tu deviens plus fascinante. J'ai connu des femmes âgées qui avaient une beauté que je n'aurais pas échangée avec Gina. Lollobrigida.

À 27 ans, j'ai passé une nuit en 1959 en train pour Rome avec une vieille dame de 80 ans.

On a parlé toute la nuit. Elle avait 30 ans comme moi. L'âge c'est comme la beauté, c'est ce qu'il y a à l'intérieur qui compte.

La maturité ça c'est l'âge.

- Anna -

Une lèvre ride, une tache brune sur les mains, des cheveux blancs, un essoufflement, une moindre agilité, des douleurs physiques, des pertes de mémoire,...

Cela peut commencer à 30 ans, à 40 ans, à 50 ans... une fois commencé, ça continue... ça ne s'arrête plus. En fait on ne le dit pas... mais ça commence le jour de la naissance. Insidieusement doucement, le corps change dans ce qu'il donne à voir... un bébé, un adolescent, un adulte... puis ce sont des rides, une musculature qui s'abandonne, de l'embonpoint... comme ce vieux Monsieur qui se nommait lui-même "le monstre bavant".

Mais aussi, doucement, le corps change de l'intérieur dans ses capacités à percevoir, à capter ce qui se passe en dehors de lui, à mettre de l'ordre dans ce qui arrive.

Si vous voulez bien, je vais aborder ce côté fondamental, me semble-t-il, du vieillir :

La privation sensorielle

Nous sommes nourris, remplis par les stimulations du monde extérieur. Nous nous situons dans le monde en tant que "je" grâce à ce que nous voyons, entendons. Nous sommes dans le monde des objets et dans le monde des relations grâce à notre vue, notre audition, notre odorat, grâce au toucher. Le bébé devient une personne grâce au bain sensoriel dans lequel il se trouve, bain de sons, de musique, de mots ; bain d'images floues d'abord, précises ensuite ; bain de toucher, bain relationnel qui lui donnera la sensation et le sentiment d'exister, d'être une personne, un "je", d'être un sujet avec un intérieur et un extérieur, d'être un sujet inscrit dans une continuité d'être.

Rappelons-nous les observations de Spitz : les bébés laissés avec leur mère - délinquante en prison - se développaient mille fois mieux que les bébés en orphelinat (dès 3 mois) malgré tous les soins d'alimentation, d'hygiène dont ils étaient l'objet de la part des infirmières (1 infirmière pour 12 enfants !!). Ces bébés se déprimaient, pleuraient, se retiraient du monde et finissaient pour les plus grands par se balancer, ou par se cogner aux barres du lit... pour quand même sentir quelque chose. Il a appelé cela le syndrome de l'hospitalisme. Cela aboutit au marasme (enfants qui restent sur le dos, yeux hagards, comme en léthargie). Ces bébés étaient en manque de gestes pleins, de contacts chaleureux, ils étaient des objets de soins, pas des sujets investis dans une relation affective avec le soignant.

Vous le savez comme moi, être privé de ces stimulations sensorielles est utilisé comme torture dans les pays dictatoriaux. L'être humain a besoin de stimulations. Ce sont elles qui le "rechargent" d'énergie. Sans elles, il devient fou.

J'ai envie de vous illustrer cela par l'expérience que relate Bernard Durey. Il s'agit de Roman, polyhandicapé de 28 ans. Né paralysé du bas du corps, aveugle, il est abandonné dès sa naissance. Il ne parlera pas. Il vit en institution où il hurle une bonne partie de la journée et de la nuit. Son symptôme : quand il se retrouve seul, il s'extirpe de son lit à la force des bras, se met tout nu et se frotte par terre jusqu'au sang. Il urine, défèque, se masturbe et se vautre dans ce mélange chaud "des produits de son corps".

Posant l'hypothèse que d'hôpital en hôpital il avait été l'objet de soins médicaux mais n'avait jamais pu établir de relation, les soignants vont essayer de l'aider à s'ancrer dans une relation affective avec deux personnes.

Et tous les matins au réveil, les deux mêmes personnes lui donnent ce bain sensoriel et affectif qui lui a si gravement fait défaut. Ils le nettoient puis le baignent, lui parlent, lui racontent son histoire et terminent en le massant longuement avec de l'huile essentielle, toujours la même, puis ils restent un long moment près de lui. Le soir, on lui met un peu de la même huile essentielle sur son oreiller... et... on constate après 2 semaines que les grandes crises ont disparu...

Vous retrouvez les mêmes résultats avec les vieilles personnes dites "démentes" agressives...

Mais revenons à notre propos.

La personne âgée, elle commence par voir moins bien, par entendre moins bien, par fréquenter moins de personnes (cela peut aussi se passer brusquement mais il s'agit alors plutôt d'un accident vasculaire cérébral).

Moins voir, moins entendre, nous entrons dans une sorte de brouillard,... tout devient flou, tout devient gris...

Qui est donc cette personne en face de moi dont je ne distingue que l'ombre ?... quels sont ses traits ? qui est-ce ?... heureusement, je reconnais la voix... je reconnais le bruit de ses pas, la démarche lourde ou légère... Mais qu'est-ce qu'elle me raconte ? Je ne comprends pas... elle parle trop vite... des mots

m'échappent... surtout ne pas montrer, dire oui...

D'un monde structuré, clair, précis, aux contours bien dessinés, d'un monde intelligible... je tombe dans un monde sans repères... le gouffre, l'abîme... où suis-je ?... qui est là ?... qu'est-ce qu'il dit ?... je ne comprends plus rien. Je flotte, je ne comprends plus rien...

Je me replie sur moi-même, le seul connu qui me reste... Petit à petit je ferme toutes les portes pour ne pas être confronté à mes incompétences, à mes défaillances... à ma peur.

Il y a encore autre chose... j'avais une famille, des parents, des oncles et tantes, des enfants, des amis, des voisins... j'avais un travail, des collègues de bureau...

Petit à petit, mon univers social et affectif va se réduire comme une peau de chagrin... Mon compagnon est décédé. Y a-t-il encore quelqu'un dont le regard s'illumine quand il me voit... ou bien est-ce fini les regards amoureux ou tout simplement affectueux, fini la tendresse, les caresses, fini la nuit de me blottir contre lui quand l'obscurité tombe... quand l'angoisse furtivement apparaît, j'en ai d'autant plus besoin, de le sentir proche, ça me rassure... la nuit, l'angoisse de vieillir, l'angoisse de mourir... seul antidote : l'amour, la tendresse "la paix de l'esprit en compagnie de qui on aime", comme le dit J. Ribaucour. Vais-je avoir la force de risquer une nouvelle relation ? et... si la Faucheuse me l'enlevait aussi ?

Si j'ai des enfants, des petits-enfants avec qui le contact est chaleureux, je serai encore prise dans les bras, je recevrai encore des baisers... ouf... je pourrai encore consoler, caresser, embrasser... quelle chance !

Tant que ma mobilité reste bonne, je pourrai avoir des échanges sociaux qui, s'ils sont superficiels, n'en sont pas moins "nourrissants"...

Petit à petit, je me retrouverai cependant privée de plus en plus de ces apports essentiels que sont les stimulations sensorielles et émotionnelles. Peut-être même qu'un jour, si je suis isolée, les seuls contacts que j'entreprendrai seront les contacts avec les "soignants" (aide familiale, aide ménagère, infirmière), des contacts que je paie. D'où l'importance que ces contacts soient aussi "nourrissants", "reconnais-sants" de ce que je suis une personne unique, à un moment précis de ma trajectoire. Même si je ne vois plus, même si je n'entends plus, même si je suis peu mobile, je peux encore bénéficier de contacts non verbaux, de contacts élémentaires, de contacts subtils.

Je pense à cette dame dont la fille me disait qu'elle était une plante. "On m'a tout pris. Je suis toute seule. Donne-moi un baiser..." , étrange discours d'une plante !

Et tout doucement, privée du monde extérieur, il ne me reste plus que mon monde intérieur. C'est un peu comme si une trappe se refermait, une trappe de manques, manques de contacts visuels, auditifs, relationnels...

Mon monde interne va prendre de plus en plus de place... place indirectement proportionnelle à la place occupée par le monde extérieur. Qu'est-ce que j'y trouve dans ce monde interne ? J'y trouve entre autres quelque chose de particulièrement paniquant : ma fin prochaine.

La mort

"Il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort, et toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs. C'est pourquoi l'école psychanalytique a pu déclarer qu'au fond personne ne croit à sa propre mort, ou, ce qui revient au même, dans son inconscient chacun est persuadé de sa propre immortalité." On l'a reconnu, c'est Freud dans "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort" écrit en 1915 (in "Essais de psychanalyse" Freud 1963).

L'homme est inscrit dans un cadre... il vient sur terre à un moment particulier et dès le moment de sa naissance, sans qu'il le sache, le compte à rebours commence... C'est ce que découvre l'héroïne du Placard "on a vécu dans un rêve... on se sentait éternel... (mais) chacun y passe tout seul... C'est ce que je commence à comprendre". Même si "je ne veux pas mourir. Mourir est un cauchemar qui approche

inexorablement". Et elle continue : "Chaque fois que je respire, c'est pour moi une fois de moins à respirer dans l'avenir"... on respire tant qu'on respire... et puis à un moment précis, c'est fini. Cette fin de vie, vous me l'accorderez, est rarement vue de gaieté de cœur. Cette dernière page à tourner, ce serait bon de la tourner le plus tard possible et même encore plus tard, pourquoi pas ?

Mais voilà, un jour ou l'autre, il faut s'y résigner.

La vie, c'est au début, la conception, la naissance... le dernier acte de la vie c'est la mort ou plus précisément le fait de mourir, mourir participe encore à la vie "on meurt comme on a vécu", dit-on.

La mort, c'est quand c'est fini. Il n'y a plus personne.

Cette idée de la mort sera de plus en plus présente... de plus en plus inquiétante. Si vous me le permettez, je vais vous citer un petit extrait d'une nouvelle d'Albert Camus, La "Femme adultère". "*Marcel avait besoin d'elle (...), la nuit surtout, chaque nuit où il ne voulait pas être seul, ni vieillir, ni mourir, avec cet air buté qu'il prenait et qu'elle reconnaissait parfois sur d'autres visages d'hommes ; le seul air commun de ces fous qui se camouflent sous des airs de raison jusqu'à ce que le délire les prenne et les jette désespérément vers un corps de femme pour y enfouir, sans désir, ce que la solitude et la nuit leur montrent d'effrayant.*"

Dans ce court passage, tout y est : d'un côté les réalités : la vieillesse, la solitude, la mort et de l'autre côté ce qu'elle provoque : la très grande frayeur et le désespoir. A tout âge, Marcel n'est pas un vieillard, il a la cinquantaine. La solution trouvée par Marcel : la fuite dans la chaleur du corps féminin.

Il y en a beaucoup d'autres. Par exemple, celle qui consiste à ne pas voir, à vouloir garder l'illusion de l'immortalité. Illusion que véhicule la médecine d'aujourd'hui : tout peut se soigner, même la mort qui est la maladie la plus grave et à vrai dire la plus mortelle qui soit... c'est ce qui donne lieu à l'acharnement thérapeutique... la personne peut ne plus être là, mais la vie est sauvagée.

L'autre solution, citée par le Dr. Breulet, est celle préconisée par Cicéron dans "De Senectute" : "*L'homme qui ne s'entraîne pas à la mort ne peut jamais acquérir la paix de l'âme*". "*Si vis vitam, para mortem*", si tu veux la vie, prépare toi à la mort, dit Freud dans "Essais de psychanalyse" 1963. (Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort). Maisondieu l'énonce encore autrement : "*Il serait nécessaire d'avoir la mort présente à l'esprit pour éviter la mort de l'esprit*". ("Psychothérapie du dément" in psychologie médicale 1995-5-3).

En clair, pour vivre en paix, n'oublions pas que nous sommes mortels.

La personne très âgée, on l'oublie trop souvent, se trouve dans la même situation que toute personne malade qui se sait condamnée; pour toutes les deux, la mort n'est plus celle des autres, elle est devenue la sienne propre.

Après le choc, le déni, la révolte, apparaît la dépression, la tristesse de devoir quitter le monde d'ici bas. Cette tristesse peut aboutir à une forme de résignation qui laisse la place à un sentiment de paix. Chez la personne âgée ce serait quelque chose comme : "*j'ai vécu longtemps... j'ai bien vécu... je suis contente de ma vie, maintenant je suis fatiguée de vivre, je suis prête à partir*".

La personne âgée passe par tous ces stades. Souvent cependant cette sérénité n'est pas au rendez-vous. je vais développer deux attitudes parmi d'autres :

1- le déni et je vais aborder l'hypothèse de Maisondieu de la démence comme thanatose;

2- le repli dans son monde interne avec un retour à la position schizo paranoïde telle que décrite par M. Klein.

Commençons par [le déni](#) :

Si le Dr. Jean Maisondieu, dans son livre déjà ancien de 10 ans mais toujours d'actualité : *"Le crépuscule de la raison"* ne conteste pas l'existence des démences organiques, celles post-traumatiques, celles suite à un accident vasculaire cérébral ou encore celles que l'on peut observer chez le syphilitique ou l'éthylique, il nous dit que considérer la démence - Alzheimer - comme uniquement organique est un préjugé. Quelqu'un d'autre qui s'est fort penché sur les personnes âgées c'est Naomi Feil. Tous deux nous rappellent que si l'autopsie a montré les fameuses modifications cérébrales chez les personnes âgées atteintes de démence, on en a trouvé chez des personnes âgées qui n'en avaient donné aucun signe, tout comme on peut constater des comportements dits "démementiels" chez des personnes âgées qui ne présentent pas ces modifications cérébrales.

Alors Maisondieu de poser la question : qu'est-ce qui provoque la démence ? Serait-ce vraiment la détérioration cérébrale ? Et il se demande si *"le recours à des hypothèses organiques (...) n'aurait pas une fonction d'occultation"*... de la mort justement, une forme de fétichisme où on mettrait l'origine organique en place pour ne pas voir la mort.

Maisondieu a quelques phrases d'un percutant. Je vais en reprendre quelques unes, elles sont d'un vrai : *"Condamnés à mort, ils (les vieillards) savent qu'ils ne peuvent s'échapper : le piège est fermé. Cette situation est de nature à faire perdre la tête à ceux qui ont le plus peur de perdre la vie"*. Pour lui, *"si être ou ne pas être est vraiment la question, être et ne pas être est la réponse du dément"*. Et il continue *"les déments n'ont pas perdu la raison, mais ils n'ont plus de raison de vivre et ils ne veulent pas mourir, voilà toute leur maladie"*. *"Ils sont obligés de mettre leur intelligence en veilleuse pour éviter de sombrer dans le désespoir et d'être amenés à se tuer sous l'effet d'une insoutenable lucidité"*. Il ajoute, nous le savons, que le nombre de suicides augmente avec l'âge. Quant aux déments, ils ne se suicident pas, ils ont assassiné leur image. Ils ne la reconnaissent plus.

Je pense à cette jeune femme, qui n'avait pas 30 ans, mais qui disait ne pas supporter l'idée de la mort dans ce qu'elle a d'imprévisible. Elle préférerait, le moment venu... - mais lequel ? en fonction de quoi le choisirait-elle ?... - se donner la mort.

En fait, la vieillesse peut être aussi une panique, une angoisse qui vous submerge, qui vous envahit, qui vous paralyse... Si vous rencontrez chez l'autre un regard dégoûté, si vous percevez chez l'autre un corps qui se crispe, qui vous soigne avec des pincettes... la peur augmente et c'est la terreur... terreur indicible... *"Cela va m'arriver... ne plus être là, être sous terre, dans le froid, mangée par les vers !"*. Horreur... Terreur... Panique... Le froid, la solitude, la fin.

Cette angoisse, cette assurance de la mort au bout du chemin arrive le plus souvent la nuit avec la solitude... une oppression subite... une boule dans la gorge. Cela nous permet de comprendre les troubles d'endormissement... ou les réveils tout à coup en pleine nuit *"et si je m'endors et que je ne me réveille plus ?"*.

Cela nous permet aussi de comprendre que le jour, en maison de repos, la vie tout autour de moi me permet de m'assoupir mais la nuit, sous la chape du silence ou des bruits feutrés... l'Ange de la Mort réapparaît. Lors d'une formation en maison de repos, une soignante disait : *"ils sont tout à fait différents, le jour et la nuit. Le jour ce sont des êtres adultes. La nuit ils sont terrifiés"*.

L'un ou l'autre se promènera dans les couloirs à la recherche d'une présence rassurante, d'un mot... Comme ce vieux Mr. de 88 ans qui a toute sa tête. Il vit seul et se débrouille pas trop mal avec des aides à domicile pour l'entretien. Il mange à midi à la maison de repos avec sa femme devenue Alzheimer. Le soir, il partage son repas avec une voisine qui, après un temps d'échange, le quitte. Sa femme vient à mourir... et le voilà tout perdu... Pendant la journée, il se plaint de sa solitude, l'âme soeur de toujours n'est plus. A son âge, on a peu d'amis... Ce qu'il ne supporte pas, c'est le soir et la nuit, il se retrouve seul à penser à sa femme morte... et il se retrouvera à la rue avec sa couverture... il va dormir chez sa soeur (86 ans), elle n'en veut pas et le fait reconduire chez lui par son fils. Le lendemain, il n'en a pas de souvenir précis... Il dormait chez sa soeur, il est tombé, des hommes l'ont ramené chez lui... Il ne se souvient plus. Début de désorientation ?

Pour J. Maisondieu, la désorientation est un mécanisme de défense massif devant l'angoisse éveillée par l'imminence de la mort. *"Tout se passe, nous dit-il, comme si la perte de l'intelligence devenait nécessaire pour se protéger du désespoir et de la tentation suicidaire qu'une trop grande lucidité serait susceptible d'engendrer"*. Car dit-il *"Il faut une force d'âme peu commune pour devenir un vieillard serein, sans regrets et sans appréhension"*.

"Tourner la page sur une vie entière, sans pleurer sur les amours perdues, sans jalouser les plus jeunes, sans trembler à l'idée de la tombe qui attend, est une performance à laquelle notre civilisation ne nous prépare pas..."

Il faut qu'en vieillissant, face aux pertes progressives qui portent des coups de plus en plus graves à notre narcissisme, nous soyons capables de réorganiser notre psychisme, l'ultime coup porté à notre narcissisme étant notre fin prochaine.

Si je ne peux pas intégrer ma mort proche dans mon psychisme, si je ne peux ni penser, ni parler ma mort et ma peur de la mort, j'en viendrai à ne plus penser du tout.

Eros a mené le jeu... c'est Thanatos qui ramassera les mises, continue Maisondieu. On sort du registre "léger" si j'ose dire de la castration, pour entrer dans celui dramatique de la mort. Le vieillard est confronté à une angoisse existentielle. Son existence a un terme... proche. On passe d'un conflit névrotique - être homme, être femme, rivaliser, séduire - à un conflit psychotique : être - mourir.

Et je vais aborder maintenant le dernier point de mon exposé et envisager un autre type de réponse aux pertes sensorielles, aux pertes relationnelles, à la peur de la mort qui nous permettra de comprendre pourquoi tant de vieillards sont catalogués malades mentaux, paranoïaques, délirants alors que jamais dans leur passé ils n'ont souffert de maladie psychiatrique.

Pour cela, je vais m'appuyer sur les théories psychanalytiques et plus particulièrement sur Mélanie Klein.

Le monde interne

Je fais mien cet énoncé de Freud dans son article *"L'analyse avec fin et l'analyse sans fin"*. *"Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie dans une plus ou moins grande mesure"* c'est-à-dire que tout au long de notre vie, nous pouvons fonctionner de façon relativement normale... mais...

Au cours de la vie, nous pouvons rencontrer des moments de souffrance, des situations difficilement gérables... Que se passe-t-il alors ?

Comme vous le savez, pendant le développement psychique se mettent en place des mécanismes de défense plus ou moins heureux, mécanismes de défense qui établissent un compromis entre le monde pulsionnel et les exigences du monde extérieur. C'est le moi qui gère cela avec plus ou moins de succès. Sous l'effet de traumatismes, de chocs, le moi peut ne plus être capable de tout gérer... il peut s'être fragilisé et les mécanismes de défense ne pourront plus remplir leur fonction, les forces pulsionnelles, l'angoisse vont submerger le moi, l'équilibre sera brisé, on aura devant soi quelqu'un que l'on ne reconnaît pas : déboussolé, émotif, passant à l'acte, délirant, ayant des envies suicidaires... le tableau est vaste.

La personne pourra donner l'impression d'un fonctionnement psychotique... Dans le langage courant, cela s'exprime simplement : *"il est amoureux fou d'elle"* c'est-à-dire que quelqu'un de posé en vient à faire des choses étranges et inhabituelles : passer des nuits blanches, faire des centaines de kilomètres pour la retrouver, être dans un état d'exaltation...

Vous avez aussi *"il est fou de rage, il est hors de lui"*, ce qui se traduit en latin par "dé-ment", loin de son esprit... et vous avez affaire à quelqu'un d'habituellement calme qui casse tout ce qui lui tombe sous la main, qui hurle... parce que sa femme l'a trompé...

Vous avez aussi l'expression "il est fou de désespoir" qui se dira de quelqu'un qui ne mange plus, qui dort à peine, et qui passe la plus grande partie de la journée et de la nuit à pleurer... sa compagne décédée.

Tout cela, c'est un moment de folie, de non contrôle des affects tout à fait normal. Cette "folie" montre simplement que la personne est gravement en souffrance et qu'elle a besoin de l'extérioriser, de l'exprimer, d'en comprendre le sens pour par après, retrouver son équilibre.

Pour la personne âgée, c'est la même chose : les coups du monde extérieur, les pertes autour d'elle dont nous venons de parler, l'image de soi détériorée et la perspective de la mort sont telles que l'équilibre gardé vaille que vaille, avec plus ou moins de bonheur tout au long d'une longue vie, va être mis en péril. Ou bien, le psychisme a gardé toute l'énergie et la souplesse nécessaires pour réélaborer... comme Freud qui introduit la notion de *pulsion de mort* environ 20 ans avant la sienne propre.

Ou bien, la personne âgée va, excusez-moi l'expression, "péter les plombs". Sa pensée est en perte de vitesse, ses modes d'appréhension sont défailants, les mécanismes de défense ne parviennent plus à remplir leur fonction, les facultés d'adaptation sont émoussées et le monde interne va faire irruption avec plus ou moins de violence.

Tout ce que je vis de mauvais en moi les déficits, les manques, les douleurs, les peurs, en un mot tout ce qui met mal l'image de moi-même, toutes ces choses mauvaises que je ne peux intégrer,.... je ne comprends plus bien le fonctionnement de mon corps... il se passe en moi des choses étranges que je ne contrôle plus, que je ne gère plus... les douleurs... des articulations ça va encore... mais... ce mal au coeur ? ce mal au ventre ? cette difficulté à respirer est-ce grave, est-ce passager ?... et ces vertiges... pourquoi ?... et puis là,... je tombe et pas de signes avant-coureur... Sans parler de ce qui me remplit de honte : l'incontinence !

Ce corps qui a rempli sans bruit, sans que je m'en rende compte toutes ses fonctions essentielles : respirer, manger, digérer, uriner, déféquer... je réalise que tout cela ne va pas de soi.

Quel est ce monstre maléfique en moi qui me démolit ? Qu'ai-je fait pour mériter tout cela ?

Mais il y a pire encore... je vais mourir et cette réalité s'affirme de plus en plus précisément. J'ai peur, je ne veux pas partir... pas encore... je suis triste... j'ai mal...

Ce n'est pas possible que ce soit naturellement comme ça, ce n'est pas moi qui vais mal... qui me dégingue, ce sont les autres qui me détruisent, ce sont les autres qui me veulent du mal, ce sont des forces maléfiques, des ondes, des gaz mortifères.

Et ce sont ces vieillards qui vous disent que la nuit, la voisine envoie des ondes par le mur, pour tel autre, elle fait un bruit saccadé pour l'empêcher de dormir; pour tel autre ce sera un voisin qui lui envoie des gaz asphyxiants... sûr qu'il veut sa mort... tel autre, sa mère est venue lui dire qu'elle viendrait le chercher... une nuit...

On le voit, devant le risque de destruction du moi, on voit apparaître des thèmes persécutifs avec des éléments délirants, éléments délirants qui prennent toujours du sens avec le passé de la personne.

Et nous voyons, devant la résurgence de l'archaïque "vivre-mourir", devant la peur d'être anéanti, d'être détruit, nous voyons un retour à un fonctionnement tout à fait précoce. Nous voyons un retour à un mode de fonctionnement propre à la position schizo-paranoïde décrite par Mélanie Klein.

L'angoisse que vit la personne très âgée est à l'image de celle que vit le tout petit enfant confronté à un monde qu'il ne connaît pas et dans lequel il expérimente la peur de l'anéantissement qui constitue la cause première de l'angoisse de persécution.

C'est grâce à l'introjection en soi de "bons objets" qu'il pourra dépasser cette angoisse, apprendre à faire confiance en l'autre et en soi.

C'est ce bon objet intériorisé qui permettra tout au long de la vie "à affronter des situations de doute, de découragement et d'angoisse. Tout au long de la vie, le bon objet interne atténue la haine et l'angoisse

et continue à dispenser son réconfort et son appui au sujet âgé".

La rencontre avec la personne âgée visera, par la remise en relation vraie avec un autre respectueux, à la restauration du bon objet en soi et à la restauration de soi comme être unique, digne de valeur, d'attention, d'amour.

Cette rencontre se fera avec les moyens du bord : l'écoute, la parole, le toucher, le regard, le silence. Cet autre tentera de dire, de nommer ce que la personne âgée très âgée ressent.

Il fera office de fonction maternante, de pare excitation. Ce que la personne âgée très âgée ne peut intégrer lui sera transmis, "digéré", "parlé".

C'est par ces aspects de la relation que la personne âgée très âgée va pouvoir émerger de ce "trop" ingérable et se réconcilier avec son histoire de vie... en d'autres mots de faire la paix avec elle-même.

Est-ce que
vieillir
consiste
à développer
une parodie
de soi ?

Yasmina Reza

Une désolation

Anna : imaginaire et continuité.

Damien HOMBROUCK

Damien Hombrouck, est psychologue. Son article est le fruit d'une expérience en Maison de repos du secteur public (C.P.A.S.).

*" Vous trouvez que la vie est belle, vous ? "
" Vous vous rendez bien compte que la situation est catastrophique ? "
" On n'est pas en guerre, mais c'est tout comme ! "*

C'est par cette dramatique que s'ouvrent les entretiens psychologiques auprès d'Anna.

Anna est venue en maison de repos temporairement, dit-elle, le temps que ses enfants reviennent de vacances.

Le récit de nombreux événements dramatiques de son existence accentue la tragédie : sa maman est morte quand elle avait 18 ans ; elle a trouvé son père " mort dans son sang " ; ses trois époux successifs mourront d'un cancer ; en passant par les déconvenues financières et conjugales. A l'entendre, on est frappé par la mise en scène de son discours. Est-ce qu'elle n'en rajoute pas un peu ? Exagération ? Théâtralisation ?

D'un tempérament de feu, elle montre clairement qu'elle ne va pas se laisser faire. Elle a toujours pris sa vie en main et ce n'est pas maintenant que cela va changer... Elle se montre fière et arrogante : " Pourquoi irais-je me rabaisser à écouter ce concert, alors que j'ai connu le summum de ce qui se fait en musique ? Ce serait trahir ce que j'ai déjà vu et entendu. "

Pourtant, petit à petit son espoir s'atténue, en même temps que s'accroissent les signes de son vieillissement. Son état physique se détériore, n'évolue pas comme elle l'aurait souhaité.

" Avoir toujours côtoyé du beau monde, et se retrouver dans ce mouvoir... "

On vend sa maison, elle se dit " sans domicile fixe ". Où dorénavant se trouve sa place ? Elle-même, qui est-elle devenue ? Nulle place au doute : chez elle, c'est " été ou hiver ", il n'y a pas d'intermédiaire.

La rage la gagne. On lui manque de respect ! On l'assimile à tout le monde !

Elle est la seule à porter encore son nom de famille. Dernière représentante du nom, elle se doit de garder la tête haute. Que veut-on d'elle ? Qu'elle laisse tomber les bras, qu'elle s'encroûte ? Pas question : elle affirme sa différence, elle se fait exigeante.

Plus rien n'est bon, tout le monde se ligue contre elle. Elle se sent détruite et agressée de l'intérieur.

Elle n'est plus rien pour personne, ni pour elle-même. Pour qui et pour quoi est-elle encore nécessaire ? Peu à peu, d'abord si affirmée, elle se met en question : est-il possible qu'elle accepte de vivre dans cet endroit si peu conforme à elle-même et à ses valeurs ? " *Ce n'est pas moi.* " Elle ne se reconnaît plus parce que sa situation actuelle ne correspond pas avec ce qu'elle a idéalisé de son existence. Comment s'habituer à un endroit qui ne correspond pas à l'image que l'on veut garder de soi ? Voire même qui impose de se considérer autrement ? " *Je ne m'y retrouve plus.* " " *Ici, c'est le point mort.* "

Si c'est le pessimisme théâtralisé qui prime dans les entretiens avec Anna, c'est aussi le lieu où s'exprime la cassure nette entre une vie et une autre : la vie après le traumatisme créé par la prise de conscience de l'inéluctable déchéance physique et psychique qui mène à la mort d'un idéal de soi.

Le vieillissement serait donc un moment existentiel critique qui laisse la porte ouverte aux défenses que la personne va mettre en place selon la structure et le mode de fonctionnement psychique qui sont les siens. Il est aussi moment de remise en question de l'illusion qui primait jusqu'alors : fantasme d'immortalité... A l'heure de la prise de conscience de l'impossible, c'est l'imaginaire qui chancelle : quand la vieillesse confronte à l'impossible mis en acte, à travers la défaite du moi idéal, il n'est plus permis d'espérer.

Cette approche de la personne âgée me paraît d'autant plus importante que souvent, la venue en maison de repos ou en revalidation, produit chez l'individu une sorte de déchirure entre ce qu'il a été et ce qu'il est devenu. Ainsi cette personne qui me disait dernièrement encore : " *Devenir vieux, ça vient brutalement, contrairement à ce qu'on croit. On croit, quand on est jeune, qu'on a le temps de s'y préparer, mais pas du tout !* ". On ne " devient " pas vieux, il y a un moment où l'on se dit : " je suis vieux ". Combien de fois n'entend-on pas dire : " *Je deviens vieux... Non, je suis vieux !* " ? La marge est grande entre le refus de voir les choses en face et l'acceptation d'un vécu de vieillesse avec tout ce que cela implique.

La question est donc belle et bien une question identitaire où le narcissisme de la personne est impliqué : la constitution du moi et sa stabilité, à travers l'idéal du moi, est éprouvée.

Ainsi dans le travail analytique, il apparaît que les renoncements auxquels est confrontée la personne lors de son admission en maison de repos sont, dans la répétition, remis en lien avec des premiers moments constitutifs du moi. Par exemple, la perte d'autonomie actuelle l'amène peut-être à évoquer un souvenir lointain de volonté d'indépendance vis-à-vis de la mère.

D'une part, il s'agit d'abord de prendre conscience du lien qui existe éventuellement entre les épisodes. D'autre part, si l'événement initial d'autonomie s'est " mal " passé, comment sera-t-il possible de faire face de façon sereine à une dépendance imposée par des facteurs indépendant de la volonté de la personne ?

Il ne faut donc pas seulement pointer les dévalorisations narcissiques auxquelles le résident doit faire face dans son existence actuelle, mais également les mettre en relation avec les événements antérieurs constitutifs du narcissisme, et si possible alors, arriver à une autre lecture, moins angoissante, de ce qui a fait trauma.

*Est-ce vieillir,
prendre une forme
et ne plus bouger?*

Jean-Claude Clari
L'appartenance

Une autre dame disait rechercher un motif dans son existence, comme si elle exprimait par là la fixité à laquelle elle est confrontée, l'impossible remise en mouvement ; comme si était rendu difficile le passage du passé (ce qu'elle a été) vers le futur (ce qu'elle va devenir) par le biais du présent. Cette question évoque inévitablement l'idéal du moi face au réel de la finitude. " *Je ne supporte pas cette immobilité* ", dira Anna. Ou encore : " *le silence me gagne* ".

Car le travail du psychisme en entretien, c'est de faire vivre en parlant, de donner une consistance vitale à ce qui fut, est et sera. Ainsi, la place du thérapeute est aussi la place de l'idéal du moi qui soutient le regard que le sujet a de lui-même. L'entretien est entre autre le lieu où l'imaginaire a libre cours, imaginaire nécessaire au relativisme et à l'échappée hors du réel qui est en cours. Le cadre doit permettre le déploiement de l'imaginaire. Il doit pouvoir soutenir la fantasmagorie

et relancer le désir. Alors la place du vide sera occupée par l'impossible fantasmé, comme cette dame qui me disait peu avant de mourir : " *Ils disent que je ne vais pas survivre demain.* " " *Vous n'allez pas survivre ?* " " *Non* " " *Vous allez mourir ?* " " *Vivre et mourir !* "

La position du thérapeute vise donc à encourager l'imaginaire qui aide à supporter la dure réalité, au profit d'une revalorisation narcissique. Dès lors, à travers le langage, le symbolique pourra venir signifier la perte. Ainsi sera remise en mouvement et dans la continuité, une existence déchirée, fermée sur

elle-même et vouée à sa fin. Le sujet pourra occuper sa place, dans l'ici et maintenant, conscient du passé et de l'avenir. Ce rapport de l'imaginaire au symbolique ne se fera que si le thérapeute ne reste pas dans la position du sujet-sachant, mais qu'entre lui et son interlocuteur, le supposé-savoir serve de tiers. Car la personne âgée a quelque chose à nous apprendre. Et c'est en acceptant de passer pour ignorant que l'on pourra trouver sa place auprès d'elle. C'est en reconnaissant l'impossible, en l'articulant à une revalorisation de l'imaginaire défailant, et à la symbolique du langage, que chacun trouvera sa place dans le réel.

Des lieux, des espaces...

Les soins des personnes âgées en Belgique

Dispositifs institutionnels d'aide et de soins aux personnes âgées existant en Belgique

*Synthèse établie récemment par le Service de Psychologie de la Santé,
Unité de Psychologie clinique du Vieillissement, Université de Liège:
la synthèse comporte des lacunes et des omissions*

Au cours de 20 dernières années, le secteur hospitalier a subi de nombreuses mutations :

-création des services de gériatrie (G) ; services qui hospitalisent fréquemment des patients déments ; affections somatiques ; toutefois la diversité des états pathologiques et la durée moyennement courte de séjour ne leur permettent pas de développer un projet global de traitement et de soins pendant et après l'hospitalisation.

-création des services spécialisés (Sp) ; lits psychogériatrie particulièrement destinés aux personnes âgées souffrant de troubles mentaux et comportementaux. Le diagnostic et le traitement des états démentiels constituent une des missions principales. Il existe d'autres orientations, à savoir des services de neurologie, de chronique... ils ne sont pas spécialement destinés aux patients âgés et traitent des pathologies très diversifiées, soins spéciaux en fonction du type de la pathologie.

►c'est la concrétisation des choix politiques effectués pour améliorer l'efficacité du dispositif hospitalier en matière de soins de santé aux personnes âgées ; sur ce plan, la Belgique a précédé bon nombre de pays européens.

Il existe en Belgique également des centres d'accueil temporaire, ce sont des structures dites de " répit " (repos) : centre de jour/ de nuit /centre de court séjour

►ces services contribuent à atténuer le fardeau objectif et subjectif des aidants familiaux, à maintenir ou à améliorer la qualité de vie du sujet dément, à éviter ou retarder son hospitalisation et son institutionnalisation. Cependant, l'utilisation régulière par les familles de ces structures est parfois limitée par les problèmes de déplacement (distance, durée, absence d'une véhicule, ...) et le surcoût financier.

Vieillir

dans la dignité,
est-ce donc un luxe
réservé à l'élite ?

Monique Corriveau

Compagnon du soleil

Tout comme le secteur hospitalier, les institutions pour personnes âgées ont subi de nombreuses transformations durant les deux dernières décennies.

*Par exemple : la décision politique de supprimer les lits hospitaliers de long séjour a débouché sur la création de **lits de maison de repos et de soins** (financés par l'Assurance maladie-invalidité et des normes légales fixe le cadre infirmier et paramédical ; le versement de l'allocation est étendu en fonction du degré de dépendance du résident).*

Les conditions et les modalités de vie des résidents sont de mieux en mieux précisées de même que leur droits. Toutefois, les adaptations des pouvoirs organisateurs et les gestionnaires au niveau de leurs modes d'organisation et de fonctionnement, ne peuvent se limiter uniquement aux soins et à la suppléance des incapacités mais doit aussi porter sur l'accompagnement du résident et le maintien d'une qualité de vie optimale. Les adaptations sont loin d'être achevées. Dans cette optique, la cohabitation de patients lucides et non lucides a fait l'objet de nombreux débats.

*Existente aussi des **lits de maisons de soins psychiatriques**, qui ne sont pas uniquement destinés aux patients âgés.*

*Les **habitations protégées** et les **logements supervisés** sont de structures qui ne comportent qu'un nombre limité de personnes âgées et de sujets déments.*

*Les **résidences-services**, les **senioreries** accueillent surtout des personnes âgées, isolées ou en couple, relativement indépendants au niveau des activités de la vie quotidienne ou encore des couples dont l'un des membres nécessite des soins réguliers. La proportion de personnes démentes est probablement similaire à celle vivant au **domicile**.*

Par ailleurs, un certain nombre de structures non conventionnelles existe en Belgique, relevant de l'initiative soit de groupes privés ou d'associations sans but lucratif soit de pouvoirs locaux.

Le placement en maison de repos, un traumatisme.

Martine MASSART

Martine Massart, est psychologue au Service de Santé Mentale Antonin Artaud. Son expérience de formatrice dans le champ de la santé mentale lui permet cette réflexion sur les difficultés que peuvent engendrer un nouveau (non) choix de vie.

D'entrée de jeu, une question !

Si on vous dit dans le courant de la journée que vous ne pourrez plus rentrer chez vous et qu'il vous faut choisir cinq objets pour vous accompagner dans votre nouveau lieu de résidence... [Comment allez-vous réagir et qu'allez-vous choisir ?](#)

L'état d'urgence préside souvent à ce genre de grand bouleversement.

De surcroît, très souvent, la décision n'est pas prise par la personne âgée elle-même mais par son entourage.

En tout état de cause, il faut absolument " préparer " le placement même si celui-ci s'impose. C'est la condition pour qu'il ne soit pas traumatisant.

Il s'agit essentiellement de permettre à la personne de mettre des mots sur les bouleversements qu'elle est en train de vivre.

Le placement d'une personne en maison de repos entraîne, en effet, toute une série de "deuils" à faire :

- la perte de tous les investissements que nous avons réalisés dans notre vie, tous les objets que nous avons accumulés et dont nous devons nous séparer sont les témoins de notre passé,
- la perte de notre capacité à nous prendre en charge,
- la perte du réseau relationnel que nous avons forgé tout au long de notre vie,
- la perte de notre étayage narcissique qui nous laisse l'impression de ne plus rien valoir aux yeux du monde,
- le placement se conjugue forcément avec un rapprochement de la mort.

La personne doit pouvoir exprimer et expliquer les raisons de sa colère et de sa révolte. Elle doit aussi pouvoir entendre que le placement ne rime pas forcément avec fin de vie programmée dans un avenir très rapproché.

Si on ne se donne pas la peine de "préparer" la personne, les conséquences pourront s'avérer très préjudiciables pour elle.

On assiste généralement dans ce cas à une période de confusion mentale qui se concrétise par une perte des repères (lieux, temps). Ces personnes peuvent donner l'impression d'être devenues démentes alors qu'elles souffrent seulement de confusion, phénomène totalement réversible. Cette personne peut aussi développer une grande agressivité généralement ciblée sur une personne en alternance avec des périodes de grande tristesse (la personne se referme sur elle-même).

Il peut arriver, au contraire, que cette personne opère ce que l'on appelle un "transfert massif". Elle est très envahissante dans l'institution, s'accroche à tout le monde et plus généralement à la personne qui la première s'est occupée d'elle. Cela épuise le personnel.

Après l'entrée en institution, commence une période d'adaptation qui doit s'appuyer sur la capacité d'introspection du résident (son histoire, son contexte).

Au cours de cette période, le nouveau résident doit faire une série de deuils : ses objets, son appartement, ses habitudes, son réseau de relations,... ce processus de deuil est lent, il peut durer 6 mois à 2 ans. Certaines personnes restent "coincées" au premier stade et, inconsciemment bien sûr, nient la réalité.

cette période de deuil peut se présenter selon le schéma suivant :

1° phase de détachement (par rapport à tout ce que cette personne a été contrainte d'abandonner) ;

2° phase de reconstruction fondée sur les nouveaux cadres de vie.

La période d'adaptation est aussi le moment propice pour "mettre en mots" la mort.

Elle est omniprésente : il y a des résidents qui meurent et l'institution est normalement la dernière demeure avant la mort.

Enfin, c'est au cours de cette période qu'il faut mettre en place un lieu de parole entre le pensionnaire, la famille et l'institution. Au sein de cette triade, la famille joue un rôle essentiel. Elle aussi vit une séparation. Pour se dédouaner, elle exige le meilleur endroit possible pour accueillir son parent. Sa prière peut s'analyser en ces termes *"soignez-le et, surtout, qu'il ne meure pas !"* Dès lors, lorsque l'état du pensionnaire se dégrade, la famille peut réagir violemment en pointant toutes les carences de l'institution. A l'inverse, un investissement disproportionné (présence continue de la famille dans les couloirs) peut aboutir à une fusion famille/institution, préjudiciable au pensionnaire en le réduisant à un "objet". Quant à l'institution, elle peut dans certains cas culpabiliser la famille la jugeant trop infantilisante, ou, au contraire, absente.

Il est donc impératif de privilégier le travail en équipe pour permettre à tous les intervenants au sein de l'institution d'exprimer ses difficultés.

Pas toujours facile de faire accepter cela par la hiérarchie qui craint que de telles concentrations de personnel ne soient propices à l'émergence de revendications de tous ordres.

En France, on a mis sur pied des groupes rassemblant famille et membres du personnel de l'institution. Les familles peuvent exprimer leurs désirs et leurs critiques ; l'institution peut, pour sa part, rapporter tout ce qui se passe quand la famille n'est pas là. Cela permet à chacun de rester à sa place et au résident de rester un sujet à part entière.

La moyenne d'âge des résidents en maison de repos est de 85 ans, dont un pourcentage important est catalogué comme "lourdement grabataire". L'arrivée se fait de plus en plus tardivement par l'effet conjugué de deux facteurs : un meilleur état de santé des personnes âgées et une offre de service à domicile qui s'est considérablement étoffée ces dernières années. Il s'ensuit que la durée de vie au sein de l'institution s'est considérablement réduite : en moyenne, elle est de 2 à 3 ans. Le personnel de l'institution n'a plus le temps de s'attacher aux pensionnaires.

Autre problème majeur : la durée de séjour à l'hôpital se raccourcit de plus en plus. Comment dans ce cas trouver le temps pour préparer la personne à un placement qui s'impose ?

Les hôpitaux possèdent généralement un service social qui devrait pouvoir prendre en charge ce type de demande. Il faut aussi à tout prix remobiliser le réseau familial si celui-ci était défaillant ou les réseaux professionnels (le personnel des soins à domicile qui entourait la personne avant son hospitalisation). Une condition à respecter obligatoirement : la présence de la personne âgée.

Les hôpitaux doivent prendre en compte l'organisation de la sortie du patient. Ils doivent donc veiller à ne pas avertir la personne en dernière minute. L'idéal serait d'aborder la question dès l'entrée à l'hôpital. Depuis quelques temps, les hôpitaux "aigus" disposent d'un "réfèrent hospitalier" chargé de résoudre ce type de problème en synergie avec toutes les personnes concernées.

Les centres de jour, eux aussi peuvent être une bonne transition entre le domicile et le placement en maison de repos. Idéalement, il faudrait "ouvrir" les maisons de repos sur l'extérieur, leur faire perdre leur image d'antichambre de la mort.

On a constaté depuis quelques temps une augmentation des cas de dépression parmi la population âgée. C'est une population qui se réfugie dans des comportements de type suicidaire : refus de manger, de faire sa toilette,... En revanche, ces personnes n'ont même plus les moyens de se suicider ! Elles posent aussi de plus en plus souvent de questions à propos de l'euthanasie.

Il est très difficile de se projeter en avant et d'organiser sa fin de vie.

Placement ne rime en tout cas pas avec abandon même si la famille d'un résident décide à ce moment de

ne plus le prendre en charge. Il faut pouvoir prendre en compte la souffrance de la famille qui généralement n'en peut plus et risque de dépasser ses limites si elle continue envers et contre tout à soigner son parent. D'ailleurs, la maltraitance des personnes âgées trouve son origine dans ces situations-là. Culpabiliser est hors de propos.

Des pratiques de solidarités

Vers une solidarité intergénérationnelle : **MÉMOIRE VIVANTE**

Françoise JACQUES

Françoise Jacques travaille au Service de Santé Mentale La Gerbe, et plus particulièrement avec les aînés. Son parcours d'éducatrice en gérontologie nous amène des concepts de travail collectifs... où les aînés rencontrés "secouent" nos positions de praticiens...

Mémoire Vivante, projet de rencontre et de transmission intergénérationnelles, se développe depuis 1989 dans le cadre du centre de santé mentale La Gerbe à Schaerbeek (commune hétérogène au niveau de l'âge et des cultures).

Mémoire Vivante se définit comme un projet de prévention des troubles physiques et psychiques des personnes âgées en favorisant leur réintégration dans un tissu social actif. Force est de constater que l'organisation sociale favorise le cloisonnement entre les générations, les cultures, les catégories sociales. La perte de statut, l'isolement, le sentiment d'inutilité sous-tendent le moment particulier du cycle de vie des aînés. La solidarité familiale, l'intervention de l'Etat répondent de moins en moins aux besoins, aux nécessités des jeunes et moins jeunes.

Les aînés sont souvent limités à un rôle de consommateurs de loisirs, de biens, de services. Par ailleurs, les jeunes retraités, le 3ème et 4ème âge veulent, à juste titre, jouer un rôle actif compte tenu de leurs capacités, leurs atouts spécifiques. Les aînés désirent rester acteurs des choix et des décisions qui les concernent. Apparaît aussi la nécessité de (re)dynamiser un tissu social reconnaissant et valorisant la richesse de ses composantes.

A l'aube du 21^{ème} siècle se profile un autre mode de solidarité indispensable à plus ou moins long terme: une solidarité intergénérationnelle. Mémoire Vivante vise dès lors à redonner une fonction sociale (transmission de savoirs) aux personnes âgées. La fonction de transmission spécifique aux aînés doit être prise au sens de témoin, le temps prenant dès lors une certaine consistance ; témoin en tant que "passer le relais", assurant ainsi une continuité, redonnant une place et un sens à cette place aux différentes générations. Il s'agit aussi de renforcer les solidarités entre générations et entre les personnes âgées en créant de nouveaux rôles, de nouveaux modèles, de nouvelles dynamiques culturelles. La solidarité entre les générations ne concerne pas uniquement le rapprochement des extrêmes mais concerne également les générations dites "intermédiaires" qui par leur position peuvent donner vie au lien naturel qui les unit à ces extrêmes.

Concrètement il s'agit de...

- Créer des espaces de parole entre différentes générations et plus particulièrement entre jeunes et aînés.
- Permettre que s'échangent les représentations, les informations, les expériences vécues par chacun des groupes d'âge.

Ce n'est rien
de vieillir,
mais le terrible
est
que l'on reste jeune.

Marcel Jouhandeau

Réflexion sur la
vieillesse et la mort

Vieillir,
ce n'est pas
un boulot
pour les
poules mouillées.

Stephen King

Insomnie

- Développer des espaces de création où aînés et plus jeunes se rencontrent autour de réalisations concrètes.
- Permettre aux réseaux de relations du quartier de se retisser autour des aînés.
- Développer des espaces de parole où puisse se nommer et se partager ce que signifie "vieillir" en tant que savoir de vie.
- Développer des espaces de formation, de sensibilisation des aînés à l'approche intergénérationnelle, à des questions qui les concernent directement (soins à domicile, lieux d'activités,...), à des problématiques auxquelles elles peuvent se trouver confrontées à plus ou moins court terme (bénévolat, loisirs actifs, préparation à l'Euro, maladie d'Alzheimer...).
- Organiser des formations pour les intervenants, professionnels ou non, désireux de réfléchir à la dynamique intergénérationnelle. Accompagnement dans la mise en place et la réalisation concrète d'un projet intergénérationnel.

Comment vivons-nous notre vieillesse ?

Le Groupe de Mémoire Vivante

7 personnes âgées (4 femmes et 3 hommes, 2 personnes vivent en Maison de repos) ont travaillé à la réalisation de ce texte qu'elles ont souhaité être un témoignage collectif.

► Avant tout, Il faut savoir que ...

La vie est une courbe qui monte et redescend.

La vieillesse consiste à découvrir qu'on diminue, qu'on perd peu à peu ce qui a été acquis.

Chercher d'emblée le positif est une erreur.

En effet, il faut voir la réalité et, avec elle, tous les aspects négatifs.

Les courbes de vie sont différentes selon nos diminutions, nos handicaps, nos manques,... Chacun a la sienne.

Il faut venir nous trouver là où l'on est, sinon cela revient à nier notre réalité et c'est un manque de respect que de refuser de nous reconnaître tels qu'on est vraiment.

Il faut venir avec nous, parfois dans les bas fonds, et alors de là il y a moyen de construire du positif à partir du négatif. Alors on peut apporter réconfort et espoir.

Mais pour trouver la personne où elle est, il est nécessaire de la rencontrer et, en individuel, procéder à une approche psychologique. Il faut donc donner des moyens à ceux qui encadrent les personnes âgées. Souvent, l'assistant social ou l'aide soignante n'a pas ces moyens pour découvrir l'autre où il est.

► On parle vieillesse, mais qu'entend-on par être vieux ?

Ça dépend de notre validité, il faut faire la distinction entre valide, moins valide et invalide.

Jeune on agit, vieux on s'interroge sur le sens de la vie.

Quand on est plus vieux il y a la réflexion, c'est le privilège de l'âge.

Quand on vieillit, on doit s'obliger à connaître ses limites, à savoir qu'on a moins de maîtrise et de possibilités.

Il y a une perte de mobilité et alors s'installe la dépendance à l'autre.

L'âge c'est aussi dans la tête. Si on reste éveillé, en bonne santé mentale on est peut-être une personne âgée physiquement mais on ne l'est pas dans la tête.

Moi, Je ne me sens ni vieille ni âgée mais je ne travaille plus donc je suis considérée comme "out". J'ai même parfois caché ma retraite car pour la société, on est vieux quand on est à la retraite et on perd de sa valeur.

La personne âgée est souvent considérée comme un objet en MR. Elle peut perdre son identité, sa personnalité.

Nous, on veut avoir le droit de rester différent.

Moi, je reste actif même dans la maison de repos. Je m'occupe mais je mets une barrière entre les autres et moi. Le temps sera trop vite arrivé où je serai comme eux. J'ai un formidable dérivatif. Je sors et je ne les vois plus, je n'y pense pas. Je vivrai trop mal de devenir sédentaire. Pour moi être en MR c'est positif, je n'ai plus de tracas et j'y suis en touriste.

Même si je culpabilise, je suis très contente de pouvoir manger dans ma chambre pour ne pas être à table avec les autres et les voir baver et tout le reste. Difficile de se retrouver avec des vieux plus vieux que moi; je veux rester avec des gens encore bien comme moi. Je ne veux pas me trouver face à ce vers quoi je vais tout droit. C'est le miroir qui me fait peur.

Le plus dur c'est de devenir l'enfant de ses enfants, de leur devoir obéissance. Etre à charge. Etre rabaisé devant eux. Vous vous rendez compte de l'inversion des rôles ? Tant qu'on n'est pas trop dépendant, ça va encore, mais après ...

► Par rapport à la mobilité

Je me sens bien parce que j'ai encore la faculté de me rendre aux activités que je souhaite.

Certains ne prennent plus les transports en commun, c'est trop dangereux.

Ex du bus: On entre par l'avant, on doit se diriger vers l'arrière, alors que le bus a déjà démarré. Quand on descend, à l'arrière, on n'a pas toujours le temps ou on ne nous a pas vus. Les portes se referment sur vous et vous vous retrouvez avec la clavicule cassée ou on tombe carrément du bus et c'est le col du fémur cassé.

Le trajet de l'arrêt au lieu dit est parfois fatigant, surtout pour le retour.

Merci à la gratuité mais la facilité n'y est pas encore.

Pour ceux qui ne peuvent plus prendre les transports en commun, il y a peu d'alternative. Les services existants sont saturés ou il y a obligation pour bénéficier de certains services d'avoir l'étiquette "handicapé".

► Par rapport aux projets, à la motivation, à la solitude

On vit bien si on reste toujours actif, d'où l'importance de l'activité physique et mentale.

Le bonheur est lié à la notion d'effort que l'on fait.

La mort signifie l'arrêt de toute activité, donc les gens qui ne sont pas actifs sont comme morts, ils attendent la mort. Il faut trouver des prétextes pour bouger.

Je n'ai pas toujours envie pourtant il faut se motiver même si on a des problèmes. Il faut se secouer.

Pour tenir, on se dit que ça ira mieux demain.

Il faut d'abord accepter ses nouvelles limites et pouvoir les remplacer par autre chose. On doit s'adapter et pour cela, il nous faut un minimum de projets.

Or, il y a une tendance à réduire les centres d'intérêt à des distractions, de l'occupationnel, il n'y a pas assez de projet avec réelle implication et réflexion.

Il est important de garder une image positive suivant ses adaptations.

Se sentir bien c'est faire encore ce qui correspond à ce qu'on a envie de faire au moment où on veut. Pour être bien, il faut être bien accompagné et bien renseigné sur ce qui existe. Ce n'est pas toujours le cas, surtout en MR où le VLAN par ex. n'arrive pas ou arrive en un seul exemplaire.

On a besoin d'espérer qu'il y a encore un avenir pour nous.

Quand on a des enfants en charge, on a des buts. Maintenant qu'on n'a plus besoin de nous, on doit se retrouver et se reconstruire.

Plus personne n'a le temps dans la société actuelle. Chacun vaque à ses occupations et la famille passe après tout le reste.

J'ai peu de contact et ça me manque, j'ai envie de me créer un nouvel entourage. La solitude est un facteur important. Si on est entouré la vie est plus belle.

Moi je suis à 2 tout seul.

Un bonjour avec le sourire, être plus positif c'est un geste et c'est gratuit.

Il faudrait plus de convivialité, être moins individualiste. Il y a un monde de solidarité à reconstruire.

Je voudrais bien ne pas me sentir diminuée.

Il est important de se forcer à s'habiller voire se pomponner un peu pour avoir une bonne image de soi.

J'ai des petits moments de bonheur. ce sont de petites choses.

Par rapport. la notion de LIBERTE

Souvent on ressent une perte de liberté de penser, d'aller où l'on veut,... pourtant on veut garder le pouvoir de décision.

Je veux avoir le choix de ma propre mort (oser simplement en parler est une liberté).

Je savoure ma liberté et je sais que je ne supporterai pas de vivre au-delà d'une certaine limite liée à mon autonomie. Je tiens trop à mon indépendance, je préférerais partir et ce ne sera pas dans une crise de désespoir, ce sera le moment c'est tout. On doit pouvoir décider quand on veut partir et comment. Le droit de mourir dans la dignité, c'est important.

Il faut avouer que l'idée du vieillissement n'est pas enthousiasmante. Personne ne souhaite vieillir ! Mais on ne peut rien y faire.

Certains disent: "*Les vieux retombent en enfance*".

FAUX !

Les "vieux" parfois ont un comportement qui peut faire penser au comportement infantile ou bien ils se retrouvent en situation où leurs pertes les mettent dans la même condition que l'enfant. Celle-ci peut entraîner des besoins de nursing au même titre qu'un enfant mais l'approche et les soins apportés ne peuvent en aucun cas être prodigués de la même manière. Nous n'avons pas à faire à un enfant mais à un adulte âgé.

Paulette

Ma première rencontre avec Paulette fut très brève. Elle gisait sur son lit d'hôpital, le regard fuyant, trop fatiguée me dit-elle, pour parler.

La résistance était très grande, je la sentais, j'avais aussi très envie de m'en aller.

Je lui proposai de revenir quelques jours plus tard, ce qu'elle accepta.

Sans doute avait-elle besoin de se préparer.

La demande de prise en charge émanait des médecins du service. Ils étaient inquiets, ne comprenaient pas comment nous allions pouvoir aider cette petite femme, décrite comme encore très alerte avant sa chute, à sortir d'un état régressé de mauvais augure.

Paulette avait bien passé 90 ans.

Elle semblait se recroqueviller, perdait la mémoire, maigrissait... Elle montrait toutefois une certaine vigueur à refuser les évaluations de la mémoire. Elle acceptait les exercices physiques en soupirant.

Avant le deuxième entretien, j'appris, non sans surprise, que Paulette avait, à sa demande, passé le testing, qui n'était pas si alarmant. Cette démarche m'intriguait, Paulette rouvrait-elle un œil sur la vie ?

Elle sembla contente de me voir. Le regard restait fuyant, avec quelques accrochages à la fin de l'entretien.

Elle me raconta spontanément son vécu.

Veuve depuis très longtemps, elle avait aussi perdu un enfant. Pourtant, elle avait lutté contre la dépression, avait mené sa vie en battante, ouverte au monde, aux amitiés.

Elle demeurait par ailleurs très active, jusqu'à cette mauvaise chute.

Maintenant, elle avait décidé. Elle entraînait en maison de repos, elle devait le faire me dit-elle.

Au fil de nos rencontres, le regard commençait à parler.

D'abord, Paulette me regardait brièvement, comme si elle retrouvait un peu ce contact perdu avec la vie. " Coucou, me revoilà " semblaient me dire ses yeux.

Peu à peu elle me livra son sentiment.

C'est que, me dit-elle, le problème, c'est cet âge. Avec ça, je ne peux plus rien faire. Et d'ailleurs, je ne sers plus à rien !

A partir de là, nous pouvions commencer à échanger, démonter, reconstruire, nous regarder vraiment.

La veille de son départ, Paulette me remercia, en me montrant combien c'était difficile de se quitter, en faisant à nouveau des liens, en sentant à nouveau les choses, en en parlant.

Bonne chance Paulette.

L'important n'est-il pas de profiter au mieux de ce qui reste ?

*- Géraldine Castiau, psychologue,
S.S.M. U.L.B., Psycho-Belliard Plaine -*

Quel que soit
votre âge,
ne pas se sentir
aimé,
c'est se sentir
repoussé.

Coco Chanel

En Belgique , la grande majorité des personnes de plus de 80 ans vivent encore chez elles.

Souvent seules Parce que les structures sociales, la famille en particulier, connaissent de profondes mutations (déclin de la natalité, prolongation de l'espérance de vie, augmentation du nombre des divorces et des familles monoparentales, immigrations, augmentation de l'activité professionnelle des femmes, etc).

La prise en compte des besoins affectifs, relationnels et psycho-sociaux de la personne âgée est essentielle. Faciliter la présence d'un entourage professionnel, amical ou familial, lui apporter écoute et soutien pour permettre de maintenir des liens sociaux font partie intégrante de la démarche d'accompagnement.

Dans ce domaine, des actions concrètes sont présentes dans la champ psycho-social bruxellois.

Pour répondre à ces évolutions et dans le cadre du développement de l'aide coordonnée à domicile, l'accent est mis dans les législations récentes tant sur la concertation et la coordination avec l'environnement familial et de proximité que sur la professionnalisation afin de permettre une autonomie plus grande aux personnes âgées. Priorité est également donnée aux personnes les plus démunies que ce soit sur le plan financier, physique, psychique ou social. ¹

Dans un même temps, il est primordial d'accompagner également soignants et famille : groupes de parole, formations interdisciplinaires, supervision des pratiques professionnelles, formation de formateurs, développement des réseaux

Toutefois , si un grand nombre d'organisations et d'individus s'engagent pour offrir à ces personnes très âgées une écoute et une attention qui les valorisent et les confortent dans l'idée qu'elles ont encore leur place au sein de la société, tout indique que ces initiatives, institutionnelles ou privées, ne suffisent pas :

les organismes et les personnes qui les portent témoignent de situations difficiles et confirment que, à côté de leurs actions, les besoins restent criants, immenses.

Une dame vit seule, aidée par une aide familiale une fois par semaine.

Elle a des contacts réguliers avec ses voisins d'un petit immeuble qu'elle habite depuis le décès de son mari.

" Vieillir, je ne veux pas y penser, parce que c'est perdre ses amitiés, son autonomie et ce sera être placée. D'ailleurs j'ai déjà été visiter quelques homes mais je n'ai pas encore fait mon choix.

Aujourd'hui j'ai des douleurs aux genoux et des difficultés pour monter et surtout pour descendre les escaliers, je pense qu'un jour je ne saurais plus marcher, j'espère mourir avant...

Pour ne pas penser à tout cela, je vis au jour le jour, et je me fais des petits plaisirs, un bon restaurant, une bonne soupe, un bon livre, j'ai d'ailleurs abandonné mon abonnement au journal, je préfère lire des romans. Je soigne mes plantes et j'accueille volontiers mes enfants et mes petits enfants... en fait, je suis toujours très occupée... (un moment de silence)... J'espère qu'il fera beau demain "

*- Dame de 84 ans,
veuve depuis 20 ans, six enfants -*

Ainsi comme le relève la Fondation Roi Baudouin² du constat posé par deux éducateurs de rue d'un quartier de Dinant : *"Nous, les éducateurs de rue, avons constaté qu'il n'existait pas de service d'aide aux personnes du quatrième âge. En effet, ces citoyens nous sollicitent régulièrement pour effectuer divers services (par exemple, acheter du pain). Nous avons abordé ce sujet lors d'une rencontre avec plusieurs "ados" et ils ont proposé de rendre divers services gratuitement : faire des courses (pharmacie, supermarché...), accomplir des démarches administratives (Belgacom, La Poste...) etc."*

Ainsi encore, du rôle de l'enfance souligné par l'asbl "La fête de mai" de Faulx-les-Tombes : *"On connaît la sensibilité des personnes très âgées par rapport aux enfants. Les liens affectifs sont vite établis et la joie qui se dégage de ces rencontres est palpable. Le bien-être des personnes âgées s'en trouve accru et les retombées sur la qualité de vie sont importantes."*

Ou la piste plus originale du tri des déchets... !, sur laquelle s'est engagé le projet Tournesol de la Croix-Rouge d'Arlon : *"Lorsqu'on trie les déchets avec les personnes elles-mêmes à leur domicile, là aussi, ce sont des moments privilégiés pour les écouter..."*

Ces témoignages, parmi des dizaines d'autres, montrent que parfois l'engagement des professionnels ne suffit pas : les moyens en temps, en personnel, en soutien sont rarement à la hauteur de leur mission.

Et il semble que l'on méconnaisse l'ampleur, la complexité et la spécificité des besoins en accompagnement et en soins des personnes âgées .

Comment dans ce contexte faire en sorte que les professionnels, qu'ils interviennent à domicile ou en institution, ne se sentent pas seuls à porter cette question de société et de santé publique majeure qu'est le vieillissement?

Face à ces défis, y a t-il encore place pour des projets et pour l'innovation ?

Des projets , initiatives , espaces de vies qui soutiennent des actions de proximité : développer toutes les formes de proximité avec les aînés devient vital, au plan local. La vie des quartiers doit prendre en compte les personnes âgées, comme des actrices à part entière:

- ⇒ Revitaliser les liens entre les générations dans les quartiers, entre écoles et maisons de retraites et retraités, clubs d'activité, conseils de quartiers associant des anciens, ...
- ⇒ Recréer des groupes d'appartenance à partir des intérêts des personnes (jeux, sorties, gestion du " patrimoine du quartier "...), des lieux ouverts aux aînés
- ⇒ Stimuler l'expression des personnes âgées au sein d'instances de consultation sur l'espace public, les évolutions dans les quartiers, ...
- ⇒ Développer dans la proximité les liens inter générationnels entre enfants, jeunes et aînés bien sûr mais plus largement entre toute les générations ; d'où les contacts entre crèches et maisons de repos, visite de jeunes au domicile des aînés, récits de vie, transmissions, café mémoire, ...

<p>Nous sommes témoin d'une révolution silencieuse qui bien au-delà de la sphère démographique a des incidences économique, sociale, culturelle, psychologique et spirituelle majeures</p>	<p>Prévenir l'isolement des personnes âgées doit rester essentiel dans les politiques du vieillissement.</p> <p>Combattre l'isolement, c'est un enjeu capital dans nos sociétés de performances et de réussite.</p> <p>En combattant toutes les exclusions, on a des chances d'atteindre ces situations d'isolement. Il s'agit de restituer à chaque personne une place voire un rôle dans la société, quel que soit son âge. Et les plus âgés, qui nous ont préparé le chemin, ont une place éminente.</p> <p>A tous les âges, ne devrait-on pas pouvoir répondre positivement à la question : <i>"Si je suis vieux ou vieille, sans grande autonomie, y aura-t-il quelqu'un pour m'accompagner dans ma fin de vie, en me sentant aimé(e) ".3</i></p>	<p>Isabelle Boniver, Coordinatrice "Personnes Agées" - S.S.M. Le Wops/L.B.F.S.M., Assistante sociale - C.A.S.G. Wolu-Services</p>
<p>Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies</p>	<p>1- Solveig Pahud, n°3-4 - 10-11/98 Les Services bruxellois d'aide aux familles et aux personnes âgées Centre de Documentation et de Coordination Sociales, n 3 et 4 , 10-11 1998</p> <p>2- Fondation Roi Baudouin Rue Brederode 21 1000 Bruxelles www.kbs-frb.be</p> <p>3- Jean -Pierre Bulthez , président des " Petits frères des pauvres ", conférence intergroupe Age platform 24 .06 .2005</p>	

Transmission

... et tu ne seras jamais seule...

Françoise HERRYGERS

Françoise Herrygers, est Coordinatrice-animatrice à la L.B.F.S.M. depuis 1994 et, dans ce cadre, accompagne avec intérêt depuis 11 ans la Coordination "Personnes Agées".

théma Age

*Je vais vous dire quelque chose au sujet des histoires.
Elles ne sont pas qu'un amusement, ne vous y trompez pas.
Elles sont tout ce que nous savons, voyez-vous,
tout ce que nous savons pour combattre la maladie et la mort.
Vous n'avez rien si vous n'avez pas d'histoires.*

Leslie Marmon Silko

Je ne vais pas vous conter mon existence par le menu... mais je vais vous en confier quelques fragments épars, juste pour le plaisir et aussi parce que n'étant pas thérapeute, je ne puis me servir que de " mes histoires "...

Voyez-vous, les personnes âgées ont toujours fait partie de ma vie et chacune d'elle m'a laissé un inestimable cadeau...

Toute petite j'ai juste eu le temps de connaître ma Marraine, sœur de mon Grand-Père maternel... Agée de quelques septante ans, elle me paraissait tellement grande et distinguée avec ses cheveux blancs impeccablement coiffés. Son frère et elle possédaient leur propre maison mais venaient régulièrement à la villa de mes parents.... Je me souviens d'un jour, je devais avoir près de 3 ans, où nous avons pris le tram sur les hauteurs de la ville. Arrivé à l'arrêt, il avait ouvert ses portes.

Marraine en était descendue la première et... les portes s'étaient refermées. Moi, j'étais toujours dedans, dignement accrochée à la barre centrale mais invisible aux yeux du conducteur. Comme si c'était hier, je revois Marraine en tailleur parme, courir à grandes enjambées à côté du tram tout en agitant éperdument son parapluie... sa bouche s'ouvrait et se fermait sans temps morts mais, dans le véhicule, ses cris n'existaient pas. Quant à moi, je la regardais silencieusement sidérée par toute sa pantomime. Lorsque le tram s'est arrêté, elle m'en a littéralement arrachée en pleurant et en riant. Elle m'a serré dans ses bras pendant près de 5 kilomètres et ne m'a redéposée qu'une fois rentrée dans le hall de notre maison et la porte d'entrée dûment refermée par ses soins.

Je n'avais alors mesuré ni sa peur ni son émotion mais je n'ai pas oublié... Je sais maintenant que si ce tram avait parcouru plusieurs kilomètres ainsi, elle aurait - 70 ans ou pas - couru jusqu'à en tomber mais que, par amour, jamais elle n'aurait abandonné ou renoncé.

Peu après et dans cette même période, durant un séjour prolongé chez des connaissances à la campagne pour raison de santé, j'ai fait la connaissance du voisin. Monsieur Matti était un vieil homme mais aussi un intarissable raconteur d'histoires : savez-vous pourquoi les bovins, les moutons et les ânes ne doivent pas être dérangés ni même vus à minuit la nuit de Noël dans les étables ? Pouvez-vous situer le " bâton de Saint-Pierre " parmi les constellations ainsi que la raison pour laquelle il s'y trouve ?... Non ? Eh bien moi si, grâce à Monsieur Matti. On s'asseyait dans les herbes, tous les deux - la petite citadine et le vieux paysan - adossés au même pommier noueux et il me narrait toutes les légendes du pays, les croyances et superstitions campagnardes et, parfois, Marie Dumoulin, rebouteuse sans âge à la fois crainte et respectée, venait nous y rejoindre avec son bestiaire enchanté...

Calembredaines que tout ça ! Savoirs inutiles et désuets ? N'en croyez rien, ces moments étaient féeriques et laissaient loin derrière la télévision, nous les vivions ensemble au-delà des générations et des cultures ; ces deux anciens m'ont ouvert les portes du rêve, et d'autres après m'en ont montré tous les chemins...

page 50

Mental Idées n°7

Parmi eux, mon Grand-Père, Père de ma Mère. Ah lui ! Durant dix années, il a été présent à chaque fois que j'étais malade et je l'étais souvent. Mes Parents travaillant, pour me garder il se transformait en une formidable et fantasque nounou qui - aux dires de ma mère - n'avait pas que des bons plans, mais pour moi, ils étaient fabuleux : tambour, revolver, arc à flèche, trompette... la maison devenait le champ d'honneur de nos exploits ! Le tintamarre était parfait, complété par les aboiements de Lady, femelle setter irlandais, inséparable amie de nos jeux guerriers.

Ayant recouvré une meilleure santé, j'ai enfin pu aller à l'école et je suis entrée en primaire ; nous avons déménagé et mon Grand-Père vivait avec nous dans un grand appartement. Chaque journée scolaire qui se terminait voyait le portail de fer s'ouvrir et juste derrière, imperturbables, figés dans l'attente, j'y trouvais BonPapa et Lady. Secs ou dégoulinants, ils étaient là, l'un souriant largement sous son chapeau et l'autre remuant follement la queue. Nous allions alors rituellement au parc, nous asseoir sur un banc face au fleuve. Mon Grand-Père débballait les tartines de confiture préparées pour le goûter et nous les mangions en discutant. Je lui racontais ma journée et lui m'écoutait... Il m'écoutait vraiment, de tout son corps, de tout son cœur et de toute son âme. Il avait une telle disponibilité... Il m'accordait tellement de sérieux, tellement d'importance... Chaque instant passé en sa compagnie, même sans un seul échange de paroles était d'une qualité intense, leur densité s'est gravée dans ma mémoire irrémédiablement. J'avais alors, comme beaucoup de petite fille, un carnet de poésie, mes Parents, mon Grand-Père et même Lady, y ont chacun laissé un message que je chéris. Celui de BonPapa disait : *"Je ne désire pas que tu deviennes un as, mais je souhaite que tu sois une dame de cœur."*

Ma Grand-Mère paternelle ne vivait pas avec nous, attachée à sa terre, elle avait souhaité y rester. Son mari, le Père de Mon Père était décédé peu avant le mariage de mes parents et lorsque, beaucoup plus tard, la grande maison familiale était devenue trop lourde à gérer, en accord avec ses deux fils, elle avait opté pour la Maison de repos. Mes souvenirs d'elle, les plus précis, datent de là. Nous allions lui rendre visite régulièrement mes parents et moi... J'avais alors une dizaine d'années et Bonne-Maman devait approcher des 80. Je dois bien avouer que la maison de repos rendait la visite peu enthousiasmante à mes yeux d'enfant mais mes parents tenaient bons et nous y allions très régulièrement ; alors, parfois, j'écrivais pour elle un poème que je pouvais lui lire et lui laisser une fois la visite terminée. La distance, l'ambiance feutrée du home et, peut-être aussi, le caractère plus réservé, plus traditionnel de ma Grand-Mère, ne m'ont pas permis de développer avec elle la même proximité et pourtant d'elle aussi je garde une image claire ainsi qu'une broche sans valeur mais au métal finement travaillé en deux tons et représentant un bouquet de fleurs ; elle me l'avait donnée à l'une de nos visites et je l'ai toujours parmi les objets à mes yeux les plus précieux.

Et puis, il y a un an, après une crise de remise en ordre drastique de ses armoires, mon Père m'a remis deux vieilles boîtes à biscuits remplies de papiers : lettres, cartes illustrées, poèmes... Deux boîtes où ma Grand-Mère avait soigneusement conservé chaque mot écrit par ses fils depuis leur prime enfance, mais aussi les cartes postales de vacances que nous lui envoyions, les lettres familiales et chacun de mes poèmes...

Bien d'autres personnes âgées ont croisé ma route... Un arrière Grand-Oncle qui, ô fascination, pouvait mettre ses dents dans un verre d'eau, jouait "crapette" et causait un patois dissonant à mes oreilles mais qu'à première vue - surprise ! - mon Père comprenait et parlait lui aussi... Une "tante" venue d'ailleurs, quasi centenaire qui, à passé nonante ans, faisait son entrée lors de mariages, gantée de trois-quarts et étroitement moulée dans une robe longue de type fourreau entièrement réalisée par elle-même dans une soie magnifique datant d'avant 14-18 ! Elle avait un incroyable tempérament, une classe folle, tenait une ligne insolente et ressemblait à une tsarine ! Quant à sa vie, elle valait tous les meilleurs romans... !

En quelques 40 ans, j'ai aussi réussi à "annexer" quatre grands-pères interculturels à l'humour décapant et à adopter une marraine dotée d'un certain folklore personnel, j'ai été enseignée de maîtresse façon par un professeur d'arts martiaux qui faisait plus que flirter joyeusement avec la septantaine et rendait complètement folle la trentenaire que j'étais alors... Imaginez-vous, qu'à son âge, qu'il arrivait à faire des choses que je ne pouvais reproduire mais tout ce qu'il m'a appris est et restera à la base de mon entraînement et de ma progression.

Ces dix dernières années, ma meilleure voisine et maintenant amie a été une dame nonagénaire et isolée. Nous avons rapidement sympathisé et elle m'a raconté sa ville, son travail, l'Innovation avant qu'il ne brûle... Nous nous sommes prêtées de la musique et des films, je lui descendais ses poubelles et elle ouvrait la porte, lorsque j'étais au travail, au technicien du gaz... Un bon troc, un magnifique échange et

beaucoup de petites parlottes, quelques fous rires... du bien-être pour toutes les deux.

Il y a moins d'un an, elle a - suite à un séjour à l'hôpital - été "placée" à la Côte... Elle m'a confié ses deux canaris, on se téléphone toutes les semaines et je lui rends visite quand je le peux. "C'est dur", me dit-elle, "d'abandonner l'appartement dans lequel j'ai habité 27 ans dont 15 avec mon mari"...

Elle a pu garder quelques souvenirs, quatre ou cinq cadres, une pendule perpétuelle, un ours en peluche... Son moral reste assez bon malgré des journées qui lui paraissent mornes et longues, "C'est toujours la même chose et personne ne me parle". Elle m'appelle parfois en soirée pour avoir des nouvelles de Bruxelles et en demander de ses oiseaux, qui me réveillent chaque matin à 5h.30, samedis, dimanches et fêtes... ! Je lui dis qu'elle me manque parce que c'est la vérité et... elle en est un peu plus heureuse !

J'ai aussi perdu des proches que je n'ai pas pu voir vieillir et je le regrette. Parmi eux, ma Mère décédée à 49 ans. A présent, j'ai presque son âge... Qu'aurait-elle pensé de ma vie et de ce que je suis devenue ? A quoi aurait-elle ressemblé avec des rides supplémentaires et ses cheveux noirs devenus blancs ? Aurait-elle continué à créer, à sculpter, à peindre et à dessiner ? Elle n'est plus devant moi depuis longtemps et si physiquement certains de ses traits se retrouvent dans les miens, il me manque un repère, une référence que j'aurais sans doute contestée et remise en question mais je sais que si j'avais pu la voir vieillir et vieillir avec elle, rien n'aurait été pareil... peut-être pas mieux mais profondément différent.

Il y a un an, la seconde épouse de mon Père et ma Maman d'adoption est décédée épuisée par la maladie d'Alzheimer à presque 84 ans. Terrible mal qui confronte chacun à son impuissance et oblige à regarder celui qui en est atteint s'amenuiser petit à petit dans tout ce qui faisait son humanité. D'elle, je ne vous dirais pas grand-chose, non pas que je n'ai rien à en dire mais je n'ai pas achevé le deuil qui la concerne, sauf peut-être que la maladie loin de la rendre agressive et difficile avait effacé toutes peurs et toutes barrières en elle... elle réclamait des bisous, chantait avec une surprenante justesse les rengaines de ses 20 ans et me caressait l'avant-bras gauche avec volupté tout en me disant en souriant : "C'est doux, ça !". Personne ne m'avait jamais dit cela de cette manière avec tant de douceur et de fragilité pleinement exprimées... Elle était si belle, alors...

Sa façon de vivre et de supporter l'Alzheimer a littéralement brisé quelque chose en moi. J'ignore encore ce que c'est, ça fait mal, ça submerge totalement mais je suis certaine que c'est son cadeau, je sais et je sens que le jour où je pourrai laisser ce sentiment me noyer, j'aurais appris quelque chose d'essentiel...

Enfin, il y a celui qui partage sa vie avec moi depuis 47 ans, mon Papa. Il est le seul qui me précède encore sur le chemin... Et croyez-moi, si je vous dis que je n'aurais pas pu bénéficier d'un meilleur éclaircisseur !

Les années opèrent chez lui une curieuse métamorphose, il devient un magnifique artisan de la vie...

Connaissez-vous, ces maîtres japonais - du présent ou du passé - qui dans la pratique de leur art ont acquis une telle maîtrise qu'ils sont nommés "Trésors vivants"... C'est ainsi qu'il devient et c'est ainsi que dans mon cœur, je le nomme. A son tour, et à l'instar de mon Grand-Père, il sait être disponible. Voisins et amis peuvent lui réclamer son aide, elle leur est cordialement acquise et, lorsqu'il a besoin d'eux,... et bien, ils sont là tout simplement. Envers nous, ses deux enfants, sa simplicité est extrême, il assume sa responsabilité d'homme et de père au-delà même de la limite de sa propre existence.

Quel meilleur exemple d'humanité, quelle plus belle preuve de courage tranquille puis-je avoir ? Cet homme a tout supporté de la vie et peu lui a été épargné, et pourtant il en est et en reste amoureux.

A son âge, il ose tout et est ouvert à toute nouveauté. Lorsque je suis avec lui, je m'imprègne de chacune de ses attitudes, de chacun de ses regards, de son accentuation et du choix de ses mots, rien ne m'ennuie chez lui. L'homme que je vais retrouver à son âge, certes, mais il n'est pas vieux. La plénitude de son plaisir est sans aucune dissimulation et totalement partagée : qu'il me réveille le matin ou cuisine pour moi, que nous discussions plus ou moins sérieusement, que je lui apprenne un truc tordu à l'ordinateur, qu'il s'assoupisse dans son fauteuil ou arrose son jardin tout en me montrant ses dernières plantations, sirote l'apéro ou une bonne bière... ces instants sont pure magie parce que pur bonheur pour lui... et pour moi !

Il va moins vite qu'avant, sa pensée est moins acérée, son corps plus fragile, moins performant... peut-être, et alors ? Est-ce que ça le rend dépassé pour autant, a-t-il perdu de la valeur au fil des années ? Non, bien sûr que non, pas plus que moi dont l'âge avance également. Ce qu'il a perdu en vitesse et en précision, il l'a gagné en simple plaisir de vivre, en profondeur d'humour et en largeur d'amour...

Lui sait indubitablement ce que signifie être "ici et maintenant" et tout en moi me dit que c'est là que se trouve la Vie.

Banales mes histoires ? Peut-être... Mais chacune de ces anecdotes tronquées est le pâle reflet d'une rencontre qui a profondément marqué mes choix et ce tout au long de ma vie.

Avec ces aînés qui nous précèdent, dans leur présence - et leur absence - j'ai appris qui j'étais et ce que j'étais. C'est un apprentissage que je veux poursuivre, comme je revendique de pouvoir pleinement vivre ma propre métamorphose avec curiosité et sans crainte.

Les Aînés autant que tous les autres âges font partie de la vie et leur présence est non seulement utile mais indispensable. Ils nous rappellent que tous nous cheminons sur une voie à sens unique dont la destination a, somme toute, peu d'importance au regard du voyage... Et si nous ne pouvons rien changer à l'obligation d'avancer droit devant, ni à sa finalité, avec qui et comment nous voyageons nous appartient... Mon Grand-Père m'a dit il y a longtemps "Avancer sans se morfondre ni se retourner, léger, curieux et libre de ses choix avec le cœur prêt à toutes les rencontres nourrit l'âme ; l'âme d'un tel voyageur ne meurt jamais, elle embellit le monde.

L'Esprit est en tout ce qui est vivant ; chacune de ses formes est à respecter, observe et apprend si tu veux connaître la juste place d'un être humain véritable. Certaines sont bien plus anciennes et plus fortes que toi, d'autres plus faibles, plus fragiles... N'en méprise aucune. Ne crains ni la vie, ni la mort. Cette dernière t'accompagne depuis ton premier cri, elle est ton meilleur guide. Le temps est comme l'onde. Quel que soit l'obstacle, il s'élargit toujours plus vaste vers un infini que même ton cœur ne peut imaginer. En toi vit tout un peuple, tu en es la somme et tu es chacun d'eux ; ce sont les tiens... Si tu as peur, fais silence, écoute leurs voix, laisse-les te toucher, ainsi ils seront toujours en paix à tes côtés... Les anciens sont l'origine de ton avenir, ils te rappelleront qui tu es et tu ne seras jamais seule..."

La société, aujourd'hui, semble se soucier un peu plus des personnes âgées mais quasi uniquement sur un plan économique et financier : ils sont à la fois "marché porteur" et "vieillesse onéreuse"...

Que c'est donc réducteur ! Notre société est-elle étriquée et mesquine à ce point ? Sommes-nous donc tellement effrayés et immatures que pour ne rien voir au-delà de notre crainte de l'avenir et de ce qui nous y attend ? Ne voyons-nous dans nos aînés que leurs portefeuilles, leurs rides, leurs besoins ou leurs pertes ?

Ils représentent tellement plus que le coût de la vieillesse. Comme le disait Amadou Hampâté Bâ, écrivain malien : "Un ancien qui meurt c'est une bibliothèque qui brûle". Pour ma part, je ne suis pas prête à oublier que je suis l'aboutissement de "tous les miens", de tous ceux qui ont laissé une trace de leur sang dans mes veines mais aussi de tous ceux que j'ai croisés et qui m'ont marquée peu ou prou, d'une manière ou d'une autre. Je veux les emporter avec moi et les essayer aussi loin que je le pourrais, et si je vous en transmets une part, c'est dans l'espoir que mes histoires rappelleront les vôtres à la surface et vous donneront envie de faire vivre les anciens, de rencontrer chaque aîné là où il est et pour ce qu'il est : un homme ou une femme à l'expérience unique qui mérite que vous vous posiez un moment et que vous l'écoutez vraiment ; ce temps-là ne sera jamais perdu, ni pour vous, ni pour lui.

Pour les Aînés d'aujourd'hui et pour ma propre vieillesse, je souhaite que les plus jeunes se rappellent que les personnes âgées sont simplement des personnes adultes qui vieillissent et non de vieux enfants. Pour les accompagner en respectant leur dignité et la nôtre, il suffit juste souvent de prendre le temps, sans inutile brusquerie et de hausser un peu la voix. Je voudrais que chacun - quel que soit son âge - puisse être pleinement concerné par les événements et les changements de son existence et que, même si le choix à faire est difficile, cela reste un choix, librement évoqué et pesé en faisant la part des choses, et non une douloureuse et incompréhensible imposition.

Les Maisons de Repos indispensables pour beaucoup devraient changer d'appellation et être des Maisons ouvertes sur la vie où les rencontres intergénérationnelles soient possibles. Des maisons où les occupants, tous les occupants, se respectent et soient réellement impliqués dans le quotidien. Que les Aînés qui le souhaitent puissent s'y rendre utiles. Je voudrais qu'on les bâtit - et pas seulement pour les nantis - dans des endroits où un jardin est réalisable avec des arbres et des fleurs, des petits coins propices à l'échange intime et des espaces plus vastes à partager. Quelques animaux à poils, à plumes et à écailles, y seraient les bienvenus...

Enfin, je plaide pour que tous les enfants puissent fréquenter leurs grands-parents - ou en "adopter" s'ils leur font défaut - et que leurs parents les rendent prêts à recevoir non pas leurs euros mais leurs transmissions... histoires qui prennent sens dans le respect de la véritable rencontre, présents qui enracinent, regards et paroles qui sont architectes de leurs jours à venir... autant de cadeaux.

PSYCENDOC : Ressources "Personnes âgées"

La liste des ressources citées ci-après est loin d'être exhaustive. Plus de 200 références "Personnes âgées" sont disponibles et consultables au Psycendoc. Une bibliographie thématique complète peut être obtenue sur demande.

Renseignements: Ariane Coppens,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psycendoc.lbfsm@skynet.be

REVUES : numéros thématiques

- *De l'importance des solidarités entre générations*, Bis, déc. 2002, n°151
- *Vieillir et Vivre*. Psychiatrie Française, septembre 2002
- *La psychanalyse appliquée à tous les âges*. Mental, février 2005, n°5

ARTICLES

- *Les personnes âgées dans la ville*. Cahiers de la Santé Cocof, 1997, n°3
- *Vieillir et rester autonome*. Education Santé, mars 2003, n°177, p.16
- *Le générationnel et le familial*. Groupal 11, septembre 2002
- *Actualité santé : Gériatrie : prévenir la dépendance*. Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, avril 2002, n°67, p.4
- *Actualités professionnelles : accompagner la fin de vie*. Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, mars 2002, n°73, p.5
- *L'accompagnement institutionnel des sujets âgés présentant des troubles cognitifs sévères : quelle place pour la régression ?* Information Psychiatrique, 1ère partie : Mémoire, novembre 2003, Vol 79, n°9, p.765
- LEPINE, Nicolas. *Abord psychologique de la rétropulsion au début brutal chez les personnes âgées*. Information Psychiatrique, mai 2003, Vol 79, n°5, p.427
- INGREMEAU, I. *Le point. La confusion mentale chez le sujet âgé*. Synapse, décembre 2003, n°20, p.22
- ANGELINO, I. *Famille et grand âge. Les intervenants de l'ombre*. Dialogue, 1er Trimestre 2004, n°163, p.113
- LAHAYE, Thierry. *Violences intrafamiliales chez l'enfant, les partenaires, les personnes âgées : Partie I : Maltraitance d'enfant (à l'attention des soignants en médecine générale et aux urgences) - Partie 2 : Les violences conjugales (rôle du médecin généraliste) Partie 3 : Les violences contre les personnes âgées (à l'attention des intervenants de 1ère ligne) (article reçu tel quel)*
- *Autant le savoir : Qui fait quoi pour les seniors à Bruxelles*. Bruxelles Santé, décembre 1999, n°16, p.14 et 15
- *Une approche citoyenne de la vieillesse*. Solidarité Santé, janv/fév. 2002, n°25, p.26
- LANGENDORFF, Florence. *Articles originaux : psychothérapie et personne âgée hospitalisée*. Perspectives Psy, juill/sept. 2004, Vol 43, n°3
- MERUCCI, M. *Accompagner le vieillissement dans les situations de handicap moteur. Ressources et compétences dans la complexité de l'interaction individu-famille-institution*. Thérapie familiale, 2004, Vol XXV, n°4, p.601
- MAILLARD, Carine. *Santé : Mieux dormir, pour mieux vivre (sommeil des personnes âgées)*. Dialogue Santé, avril 2005, n°218, p.30
- *Actualité professionnelle : L'hébergement des personnes âgées à la loupe*. Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, Les Etats-limites, avril 2005, n°97, p.8

LIVRES

- MOULIN, Madeleine. *Pratiques de prévention en Santé mentale. Des personnes âgées*. ULB, Institut de Sociologie. Centre de sociologie de la Santé, Bruxelles, novembre 1987, 224 p.
- POUCKET, Thierry. *Statistiques et vieilles dentelles. Regards sur les jeux du temps et de la santé*. 2 Tomes, 1988, 1989, 109 p. et 78 p. (Les Cahiers du Germ, n°207 et n°208)
- *Où vivre ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?* Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1998, 206 p.
- COMMISSION INTERDEPARTEMENTALE DU DEVELOPPEMENT DURABLE. INGBERG, Henry. *Avant-projet de plan fédéral de Développement durable 2004-2008*. Commission Interdépartementale du Développement durable, Bruxelles, 2004, 127 p.
- *Ecolo ou Les Aînés dans la ville. Vieillir à Bruxelles. La population d'origine immigrée vieillit aussi ..., Loisirs et temps de vie, Logement, l'urbanisme, le transport et la sécurité, Marché du travail, prépensions et pensions, Droit et citoyenneté, La santé, L'offre de services en région bruxelloise* Parlement bruxellois, Bruxelles, 92 p.

ETUDES

- BONIVER, Isabelle. *Rapport exploratoire sur la violence à l'égard des personnes âgées*. Fondation Roi Baudouin, 1997.

- *Il était une fois Pays'âge*. Catalogue réalisé à l'occasion de l'exposition " Il était une fois ... Pays'âge " à la Maison des Arts de Schaerbeek, 1995. Mémoire Vivante, 1995
- DU FRONTBARE, Fr., BRACKELAIRE, J.-L., FONTAINE, Pat., DR DEWEZ, Michel. *Projet de prévention des problèmes de Santé Mentale liés au vieillissement, par l'insertion des personnes âgées dans un circuit actif de communication sociale*. Mémoire vivante, mars 1992

COLLOQUES

- *Viellir : entre exclusion et solidarité*. Bruxelles, 28/29 mars 1996. Rapport d'activité 1995 de la Gerbe (colloque n°71)
- DAUNE, Françoise, FRASCHINA, B., MARTENS, Fr., LHOPITAL, M., DARGE, Gér., ... *Réalité interne et réalité externe*. Actes de la Journée d'Etude du 10 mars 2001 : Psychothérapie et champ psychanalytique - Que reste-t-il de l'inconscient ? - Le poids du réel, le choc de l'imaginaire - Torsions, distorsions et aménagements du cadre / Une pensée pour le bébé de l'agir / Le corps dans tous ses états. Association pour la Recherche en Psychothérapie Psychanalytique, Bruxelles, avril 2004, 90 p. (colloque n°125)
- CASTANYER, Vér., LELEU, Myriam, BENSALAH, N., DE TERVARENT, M., PERROUTY, A.-Ar. *3ème âge, 4ème âge, les anciens frappent à la porte du social*. Actes du 4ème module de forum-action org. par la Féd. des Centres de Service Social et la Féd. des Centres de Service Social Bicommunautaires en 2002 (Les Carnets du Travail social) (colloque n°135)

DIVERS

- *Ce que veulent les aînés pour leur avenir... en maison de repos...* Synthèse d'un travail de réflexion réalisé par des personnes âgées de la Région de Bruxelles-Capitale (2000-2005). Avec la collaboration des aînés de "Mémoire Vivante", Cécile Danneels, Brigitte Hazard. Rédaction Françoise Jacques. S.S.M. La Gerbe.

Travaux de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Groupe vieillissement (classeur IV)

- DE MULDER, Vincent. *Présentation du groupe "vieillissement", présentation des participants, vision des participants tant sur les SSM, que sur les Maisons de repos ainsi que les collaborations positives et négatives*. (Compte-rendu de la réunion "Homes, personnes âgées et SSM" du 6 nov. 1996), *Mise en commun de ce qui s'est mis en place dans les différents intersecteurs* (réunion du 4 juin 1997), *Aperçu et 1er bilan des réunions - rappel historique, logistique, synthèse de l'activité du groupe*
- ANTOINE, F. *Réflexions autour de la Formation en psychogériatrie* (niveau de formation - niveau supervision ind. ou de groupe - niveau interaction - intervention - niveau de coordination de soins ou suivi du réseau)
- Les 3 grands axes du projet du groupe " vieillissement "
- FONTAINE, Patricia. *Evaluation des séances d'information entre les SSM et la Coordination de Services à Domicile*. Réunion du 15 novembre 1995

Groupes personnes âgées (classeur IV)

- TOURTIER, Lucienne. *La promotion de la santé à Bruxelles pour les personnes âgées : Instances et répartition des compétences, Le cadre bruxellois, les bases légales et les perspectives, La situation des 60 ans et plus à Bruxelles*. 1998
- *Guide pour l'élaboration et l'utilisation d'un projet de vie en maison de repos pour personnes âgées*. Buts, objectifs et moyens. Août 1996.
- *Introduction : migrants âgés ... double constat, double discrimination / 1997 : année européenne contre le racisme : projet Auser / Poursuite du projet : réseau de bonnes pratiques : analyse et transfert*. 1997
- *Projet : Bonnes pratiques en santé mentale pour les femmes âgées*. Janvier 1997
- BALCAEN, Patrick. *Vivre, vieillir : l'ère de la " géritude " : vive les " vieux " (vieillesse rapide de la population)*. (Imagine, n°9, Dossier spécial, p.38)
- VAN DE KEERE, Heidi. *La dépression chez la femme âgée. Un risque plus élevé de mortalité*. (Le Journal du médecin, n°1143, 10 novembre 1988)
- DE MULDER, Vincent. *Home, lieu de vie, lieu de travail* (travail individuel, l'animation, la supervision et intervention psychiatrique, la formation). Mars 1996.

DOSSIERS DE REVUES

- *Dépression et suicide du sujet âgé*. Santé Mentale. Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, Janvier 2004, n°84, p.16 à 64
- *Dossier : vieillir aujourd'hui* : En guide d'introduction - La vieille femme - Da Solo - N. Malinconi - Désirs de vieux : vieux désirs ? - Avec nos aînés - Formation de soutien du réseau professionnels : une nécessité - Au coin du feu - Dessine-moi une maison - Le Conseil wallon du 3ème âge - Bien vieillir ? - Etre un sujet âgé - Parle avec eux - Paroles de Troubadours - Insécurité : réalité ou sentiment ? - Pers. Agées et SM : une préoccupation de secteur - Sur le chemin du bien- être - Quand vient l'âge de la retraite - réf et biblio. Confluences, décembre 2004, n°8, p.17 à 48.

PSYCENDOC

En septembre 2003, le *Centre de Documentation Pscycendoc* a réouvert ses portes.

Il s'agit d'un outil d'information répondant à la demande des professionnels de la santé, des étudiants, ainsi que des membres de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

Faisant partie de la Ligue, ce Centre de documentation s'inscrit aussi dans le cadre des activités de celle-ci comme support documentaire aux groupes de travail, coordinations et autres instances.

Le fonds documentaire est composé de revues, livres, Actes de Colloques, études, rapports d'activité, articles d'auteurs et recense un contenu cohérent et spécifique sur les thèmes de la psychiatrie et de la santé mentale.

Historique et réactualisation

La tâche de la documentaliste, Ariane Coppens, engagée à mi-temps, a été de réorganiser et de gérer le Pscycendoc dont l'activité avait été interrompu pour raison budgétaire en 1998.

Voici un rapide survol des différentes étapes de cette "reconstruction" :

- mise en ordre matérielle de la Bibliothèque ;
- inventaire précis du fond : livres, revues, actes de colloques, mémoires, recherches-actions, rapports d'activités et dossiers thématiques (inventaire consultable sur place) ;
- referendum auprès des futurs lecteurs afin d'établir une sélection de revues qui rencontrent leurs besoins ;
- selon l'enquête, commande d'une soixantaine d'abonnements de revues (voir plus loin : abonnements en cours) ;
- inauguration le 29 septembre 2003 du nouveau Pscycendoc. ;
- constitution d'une grande bibliographie (c'est-à-dire une liste de références) selon 80 thèmes récurrents en psychiatrie et santé mentale ;
- le Pscycendoc a fait son entrée au sein des 30 grands Centres de documentation Santé bruxellois. (voir le site Internet www.rbdsanté.be qui les recense chacun sous forme de fiche) ;
- mise à jour des 100 dossiers thématiques par dépouillement de la presse et des revues auxquelles Pscycendoc est abonné ;
- informatisation progressive au moyen du logiciel File Maker Pro en commençant par les références

les plus récentes : 6300 fiches sont consultables via la base données.

Celle-ci reprend tous les livres, tous les colloques, études, mémoires, rapports d'activités présents au Pscycendoc, ainsi que les articles récents issus des nouveaux abonnements et de la littérature grise.

Un ordinateur a été installé dans la salle de lecture afin de permettre aux lecteurs de faire leurs recherches de façon plus autonome.

Autre étape importante : recensement des articles d'auteurs sélectionnés comme "proches de la Ligue" (ex. Jean Demunck, Antoine Masson, Jean-Pierre Lebrun, Alfredo Zenoni, etc).

Actuellement

- Réponse aux demandes quotidiennes.
Il s'agit de demandes de personnes se rendant essentiellement sur place mais aussi de questions par téléphone, par courrier, par fax ou par courriel .
- Réception des nouvelles revues qui après signalisation dans l'inventaire, font l'objet d'un dépouillement article par article pour figurer dans la base de données (autre service offert : toutes les tables de matière de toutes les revues souscrites sont photocopiées et disponibles pour les lecteurs).
- Réalisation de bibliographies (liste d'articles et ouvrages présents au Pscycendoc) sur des thèmes spécifiques en fonction des Colloques organisés par la Ligue et des dossiers de Mental'Idées.
- Mise à jour des dossiers thématiques.

Objectifs à court terme

- Compléter le fonds documentaire, soit par dons, soit par achats.
- Rendre l'informatisation encore plus performante :
 - permettre au lecteur l'accès encore plus aisé à l'information par envoi chez lui sous forme de courriels d'articles scannés
 - permettre au lecteur l'accès direct à Internet via l'ordinateur déjà installé dans la salle de lecture
- Réaliser un nouveau thésaurus (liste de tous les mots-clefs) spécifique aux thèmes psychiatriques actuels
- Faire connaître le Pscycendoc par l'organisation de "Portes ouvertes" au grand public et à l'enseignement, la création de dépliant, le Mental'idées,...
- Créer une brochure reprenant des références récentes et intéressantes présentes dans le Centre de documentation.

Objectif à long terme

→ Fonctionner sous forme de réseau avec les Bibliothèques universitaires, avec la Bibliothèque de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (Namur) et la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (Gand).

Conditions d'accès et d'utilisation

Documentaliste : [Ariane Coppens](#)

Adresse et contact :

*1er étage de la Ligue Bruxelloise
Francophone pour la Santé Mentale*

53, rue du Président
1050 Bruxelles

*Métro Louise, Tram 93-94,
derrière la place Stéphanie*

tél : 02 /501.01.20

e-mail : psycendoc.lbfsm@skynet.be

Horaires : Lundi et mardi de 12h30 à 16h30
Mercredi : de 10h30 à 13h30

Conditions d'accès :

Carte de fréquentation

- ▷ A la journée : 1 euro
- ▷ Au mois : 3 euros
- ▷ A l'année : 5 euros étudiants
15 euros : professionnels
50 euros : Institutions

Prêt : 5 livres et/ou revues maximum - 0.50 euro par livre et/ou revue pour deux semaines

*Retard : 1 euro, par livre ou revue
et par semaine de retard*

- Possibilité de faire des photocopies sur place : 0.15 eurocents par photocopie

Et aussi :

- **Abonnement aux sommaires des revues :** 25 euros par édition

- **Recherches et envoi de références bibliographiques :** 1 euro par page / 0.10 eurocents par référence

La carte de fréquentation et le prêt sont gratuits pour tous les professionnels des secteurs agréés et financés par la COCOF.

Abonnements

en cours à Psycendoc

Acta Psychiatrica Belgica • Adolescence • Autre • Bulletin Association Freudienne • Cause Freudienne • Champ psychosomatique • Dialogue - Ecart d'identité • Enfances et Psy • Ethical Human Sciences & Services • Etudes freudiennes • Evolution Psychiatrique • Filigrane • Humanitaire • Information Psychiatrique • Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle • Journal Français de Psychiatrie • Lettre du Grape • Mental. Revue Internationale Santé Mentale Psychiatrie • Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence • Perspectives Psychiatriques • Psychiatrie de l'enfant • Psychiatrie Française • Psychothérapies • Psychotropes • Psycorps • Collection Relation Famille, institutions, écosystème • Revue Française de Psychanalyse • Santé Mentale au Québec • Santé Mentale. Le Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie • Soins Psychiatrie • Synapse • Thérapie Familiale • Topique • Travailler le Social • Feuilletts psychanalytiques du Courtil • Préliminaires • Quarto • Bulletin freudien • Cahiers Critiques de Thérapie Familiale • Revue Belge de Psychanalyse • Cahiers de Psychologie Clinique • Revue Nouvelle • Enfances Adolescences

A ceci s'ajoutent :

100 autres titres de revues anciennes archivées, 600 livres, 150 Actes de Colloques, 100 dossiers thématiques, 15 classeurs d'articles d'auteurs importants, 100 études, 120 Rapports d'activités d'associations, ...

... **sans oublier** la littérature grise (ex. Agenda Psychiatrie, Journal du Médecin, BIS, Solidarité Santé, Santé Conjuguée, Trans-faire, ...)

Questions d'actualité

La rubrique **Questions d'actualité** a été ouverte dans le *Mental'Idées* pour à la fois informer sur des questions actuelles réclamant la vigilance et ouvrir une place au débat et à l'échange entre nos lecteurs.

C'est dans cet esprit que nous publions deux textes relatifs aux projets de réglementation des professions de santé mentale : le premier est de Brigitte Dohmen qui fait le point sur les deux voies de législation possible et en résume les intentions, le second est de Philippe Hellebois qui différencie ce qui relève des enjeux de la psychothérapie et de la psychanalyse, et de leurs rapports.

Cette rubrique est ouverte à toutes les contributions, réponses ou confrontations.

Où en sont les projets de réglementation des professions de santé mentale ?

Depuis 5 ans, les ministres de la santé successifs ont décidé de légiférer les professions de santé mentale. Quatre d'entre elles sont tout particulièrement visées : les psychologues cliniciens, les sexologues cliniciens, les ortho-pédagogues et les psychothérapeutes.

Différents projets ont été élaborés, mais aucun ne faisant l'unanimité n'a débouché sur une législation.

En caricaturant un peu les positions en présence, il y a essentiellement deux tendances :

→ La première considère que ces professions doivent être des professions de la santé (sans différenciation entre santé somatique et psychique) et, à ce titre, faire partie de l'arrêté 78 qui régit les professions médicales et paramédicales. Cette tendance préfère que ces professions soient réservées à des universitaires diplômés (maîtrise ou doctorat) et que ne soient reconnues que les psychothérapies ayant démontré scientifiquement leur validité. De même, vu la complexité du champ des psychothérapies et donc la difficulté à légiférer ce domaine, les tenants de cette position souhaitent une législation en deux temps : d'abord une loi concernant les psychologues, les sexologues et les ortho-pédagogues et plus tard une législation concernant les psychothérapeutes. Cette position est essentiellement défendue par des praticiens néerlandophones, par la Fédération Belge des Psychologues et par des représentants des thérapies cognitivo-comportementales.

→ La seconde veut affirmer la spécificité du champ de la santé mentale par rapport à celui de la santé somatique. Tous deux feront partie de l'arrêté 78 mais avec création d'un chapitre spécifique qui regrouperait toutes les professions de la santé mentale (et pas uniquement les quatre reprises plus haut), garantissant qu'il n'y aura pas de rapport de subordination entre les professions médicales et celles de la santé mentale. La dialectique propre à ce champ et la diversité, tant des pratiques que des formations, seraient ainsi reconnues. Cette option souligne la nécessité d'une formation spécifique pour la pratique de la psychothérapie, quel que soit le diplôme de base, et même la nécessité de critères de formation spécifiques selon le courant psychothérapeutique. Elle permet que l'accès aux formations de psychothérapeute soit le plus ouvert possible (notamment aux A1 ou baccalauréats) et que les formations non universitaires soient reconnues.

Il n'y a pas lieu de scinder le dossier psychothérapie de celui des psychologues, de façon à ne pas se retrouver dans une situation où seuls les psychologues universitaires et les psychiatres auraient accès à la formation de psychothérapeute.

Cette position est défendue par la Plate-forme de concertation des professions de santé mentale. Cette Plate-forme fédère actuellement une soixantaine d'associations francophones et néerlandophones dont

la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, ainsi qu'un grand nombre de personnes physiques.

→ Un troisième groupe s'est mis en place à l'initiative de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, groupe qui tente d'établir un dialogue constructif entre les deux tendances.

Qu'en est-il des projets de loi ?

Différents parlementaires ont déposé des propositions de loi :

- Y. Mayeur, C. Burgeon, MCl. Lambert à la Chambre et J. Cornil au Sénat (PS) ont déposé un projet qui reprend les positions de la Plate-forme de concertation des professions de santé mentale;
- Vandenbergh, De Roeck, Geerts, De Schomphelaere (Spirit, CD&V) ont déposé au Sénat un projet qui défend les positions de la première tendance ;
- Muriel Gerken (Ecolo) a déposé un projet qui est un compromis entre les deux tendances.

Par ailleurs, le Ministre de la santé, Rudy Demotte, travaille lui-même sur un projet de loi. Ce projet du Ministre serait prioritaire par rapport aux propositions déposées par les parlementaires. Au départ, son projet reprenait les positions de la première tendance.

Suite à la conférence de presse organisée par la Plate-forme de concertation et à l'écho qu'elle a reçu dans la presse, le Ministre Demotte a élargi son audience à des représentants de la seconde tendance.

Actuellement un texte de compromis entre les deux est en cours d'élaboration. Si celui-ci s'avère satisfaisant pour les deux parties, un texte de loi devrait aboutir avant la fin de cette année.

Nous en saurons plus à la rentrée...

Brigitte DOHMEN,
pour la *Plate-Forme de concertation des professions de santé mentale*

août 2005

Les psychothérapies et le champ freudien

Philippe HELLEBOIS,
psychanalyste.
Membre de l'Ecole de la Cause Freudienne.

Les psychothérapies font partie de ce que nous appelons maintenant le champ "psy". Son unité est manifeste bien que disparate. On y trouve des psychiatres et des psychologues recevant leur titre de l'Université aussi bien que des psychothérapeutes ou des psychanalystes dont les formations, mêlant cure personnelle à l'étude théorique, relèvent d'un cadre associatif. Ce qui les rassemble n'est donc pas le cursus mais une même idée de la psyché conçue, a minima, comme autre chose que le reflet de l'organisme. A partir de là, les chemins divergent sans doute, mais beaucoup, fut-ce sans le savoir, s'orientent de ce que Freud a qualifié d'inconscient. **1**

Les psychothérapies dites relationnelles sont les disciplines du champ "psy" les plus proches de la psychanalyse, ce qui ne va pas sans malentendu et confusion. Nombre d'entre elles se sont ainsi longtemps qualifiées de psychanalytiques, alors que, dans le même temps, les psychanalystes ne savaient pas toujours articuler clairement ce qui les en distinguait. Si nous partageons, grosso modo, certaines

références fondamentales comme la parole, l'écoute, l'inconscient, le transfert ou l'Oedipe, nous n'en faisons vraiment pas le même usage. L'on ne peut se contenter de considérer seulement que l'une vise d'abord à guérir et l'autre à élucider. La psychanalyse appliquée vise aussi la thérapeutique et, dans le dernier enseignement de Lacan, celle-ci se distingue de moins en moins de la psychanalyse pure.

Ne faudrait-il pas plutôt soutenir que le mot de thérapeutique peut se dire en plus d'un seul sens. Soigner ou guérir ? Ce n'est pas parce que la seconde acception prend parfois le pas sur la première qu'elles sont équivalentes. Elles témoignent, au contraire, d'un tout autre abord du réel. La guérison est une idée relevant, non pas de notre clinique, mais de celle de la médecine. Elle repose sur une conception du psychisme prolongeant l'organisme, qui a donc tout à voir avec le cerveau, mais rien avec l'inconscient. Les pratiques qui, dans notre champ s'en inspirent sont forcément limitées, d'être le fait de quelqu'un qui prétend savoir, et ressortissent ainsi au discours du maître. En matière de santé, le médecin est en effet plus compétent que le malade, qui doit se contenter de souffrir. Celui qui veut guérir l'autre sera donc persuadé, non sans raison, de savoir à sa place ce qui est pour lui bien ou mal.

Le discours analytique prend justement son départ de rejeter cette prétention à savoir à l'avance ce que serait le bien de l'autre. Il se contente de prendre position quant au mal dont le sujet pâtit du fait d'un symptôme trop ravageant. Quant à son bien, il laissera le sujet en décider à la lumière de ce que lui aura appris sa cure. Cette abstention que Freud qualifia de neutralité n'est pas passivité pure. C'est au contraire le moyen par lequel l'analyste loge son action au-delà du sens que constitue notamment cette opposition bien / mal et présentifie donc le réel en cause. **2**

C'est sur cette question du sens que les chemins divergent le plus nettement. Si la psychothérapie espère résorber le réel dans le sens, qu'il soit sexuel, familial ou autre, la psychanalyse ne trouve donc son accomplissement que dans le repérage et le maniement nouveau de ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire. *"C'est là [dans le sens] que la psychothérapie, quelle qu'elle soit, tourne court, non qu'elle n'exerce pas quelque bien, mais qui ramène au pire."* **3** Le bien, en l'occurrence, c'est le maniement raisonné et raisonnable du sens, qui soulage d'alléger le symptôme, et le pire, ce qui s'avère rebelle à toute guérison, réel indomptable auquel le sujet ne peut échapper. Il peut insister de diverses façons qui rendent la guérison caduque, la plus radicale étant évidemment la réaction thérapeutique négative. La psychanalyse fait fond par contre sur la reconnaissance de l'incurable. Incurable qui n'implique nulle résignation, mais au contraire, cette forme singulière de soin que peut constituer l'invention d'un nouvel usage du symptôme, qui soit non plus dévastateur, mais productif, celui-ci pouvant se rebrousser en effets de création. **4** A privilégier le sens, la psychothérapie reste donc forcément dans les limites du Nom-du-Père qui le capitonne. En revanche, à s'orienter sur l'hors-sens, soit le réel du symptôme, la psychanalyse fait de ce même Nom-du-Père un instrument nécessaire mais non-suffisant.

L'on gagnerait aussi à distinguer psychothérapie et psychothérapeutes. Si la première restera une discipline incertaine, liée à Freud de manière partielle et partiale, nombreux parmi les seconds ont probablement une pratique qui va bien plus loin que la théorie dont ils se réclament. A l'inverse d'ailleurs, l'histoire de la psychanalyse a montré et montre encore que nombre de psychanalystes sont parfois très loin des exigences du discours analytique.

Ce champ " psy ", qui dans son extension la plus large pourrait donc être qualifié de freudien et abrite les pratiques les plus diverses, est insupportable aux tenants de l'idéologie scientiste contemporaine. Celle-ci est aussi fumeuse qu'autoritaire. Elle n'a tout d'abord de scientifique que l'apparence sous les espèces d'un culte pour la mesure statistique... C'est que science n'est pas scientisme. Si la première se fonde sur la rigueur du raisonnement logico-mathématique, elle ne se cache pas de forclure le sujet et admet nécessairement des limites au savoir qu'elle produit. La seconde par contre n'est ni raison ni raisonnement, mais passion quasi religieuse dont le savoir, fut-il en toc, est l'idole, le dieu obscur. Obscur, parce que l'on ne voit pas bien ce que serait un savoir sans ombre, sans réel ni impossible, sinon un fantasme à la fois grotesque et totalitaire. Dans ce canevas, dressage cognitivo-comportementaliste, qualifié par

leurs servants de thérapie scientifique et médicaments psychotropes s'imposent sans autre discussion que celles de colloques d'experts. Le discours du maître trouverait, enfin, à se réaliser sans opposition, la santé publique serait son prétexte et l'homme neuronal son prophète. Lacan reconnaissait dans cette lamentable et délirante conjecture adaptative où le rat représente l'avenir du genre humain, rien de moins que la marque de l'American way of life. Ne voyait-il pas dans ce mode de vie caractérisé par le culte forcené du nouveau, qu'il qualifiait aussi d'anhistorisme, le milieu le plus favorable au conformisme et au behaviourisme de masse ? 5

- 1 Jacques-Alain Miller "La guerre des palotins" in Quarto, n°82, juin 2004, pp.70-71.
2. Voir notamment le texte de Pierre Malengreau "Le neutre et le thérapeutique" sur le site de la Rencontre Pipol 2 "Effets thérapeutiques rapides en psychanalyse."
3. Jacques Lacan "Télévision" in Autres écrits, Paris, Seuil 2001, p.514.
4. Jacques-Alain Miller "Psychothérapie et psychanalyse" in La Cause freudienne, n°22, octobre 1992, pp.7-12 et "Psychanalyse pure, psychanalyse appliquée et psychothérapie" in La Cause freudienne n°48, pp.11 et suivantes.
5. Jacques Lacan "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse" in Ecrits, Paris, Seuil 1966, p.245.

juin 2005

Le Réseau Bruxelles Est organise un Colloque

avec le soutien de la COCOF

Le mardi 22 novembre 2005.

L'augmentation des demandes d'expertise pour une mise en observation (ou hospitalisation sous contrainte) : symptôme de malaise urbain ?

On assiste aujourd'hui, dans la Région de Bruxelles-Capitale, à une montée importante de demandes d'expertises pour des mises en observation. C'est le cas également dans d'autres métropoles européennes. Assiste-t-on à une augmentation des besoins, à des changements de pratiques, ou aux deux ? En quoi le travail de réseau offre-t-il une possibilité de réponse à cette problématique ? Psychiatre, psychanalyste, épidémiologiste, procureur du Roi, sociologues et membres du réseau Bruxelles Est réfléchiront ensemble sur ce phénomène le 22 novembre 2005.

Pré-programme

- 8h.30 Accueil des participants
- 9h.00 Allocution du Ministre de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale, Mr. Benoît Cerexhe
- 9h.15 **Présentation de la journée et mise en contexte**
Dr. Vincent Dubois, Psychiatre, Directeur du Département de Psychiatrie Adulte aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ; Lydwine Verhaegen, sociologue Réseau Bruxelles Est et Stéphanie Martens, psychologue, coordinatrice Réseau Bruxelles-Est
- 9h.45 **Ce que le réseau résout**, Dr. Jean-Pierre Lebrun, psychiatre, psychanalyste
- 10h.15 Discussion entre les précédents orateurs, les membres du réseau et la salle
- 10h.45 Pause-café
- 11h.00 **Les placements sous contrainte en France : augmentation des besoins ou changement de pratiques ?**
Dr. Viviane Kovèss Masfety, Psychiatre, épidémiologiste. Fondation MGEN pour la Santé Publique
- 11h.30 Discussion entre les précédents orateurs, les membres du réseau et la salle
- 12h.00 Pause - repas de midi
- 14h.00 **La mise en observation : le point de vue d'un Procureur du Roi**, Mr. Le Procureur Paul De Gryse, Procureur du Roi de la Région de Bruxelles-Capitale.
- 14h.30 Discussion entre les précédents orateurs, les membres du réseau et la salle
- 15h.00 Pause
- 15h.15 **Les métamorphoses de la responsabilité**, Mr. Jean-Louis Genard, sociologue, Directeur de la section Architecture de La Cambre et chargé de cours à l'ULB et aux FUSL
- 15h.45 Discussion entre les précédents orateurs, les membres du réseau et la salle
- 16h.15 Conclusions de la journée
- 16h.30 Verre de l'amitié

Le Service de Santé Mentale - U.L.B. et le Service Médico-Psychologique du C.H.U. Saint-Pierre vous proposent

Dispositifs institutionnels et symbolisation

Le cycle de conférences théoriques et de séminaires cliniques mis en place à partir de l'année 2004 vise l'exploration des liens entre les avatars du développement psychique, envisagés en fonction des niveaux de symbolisation auxquels ils renvoient, et les dispositifs thérapeutiques qui sont supposés en permettre la mobilisation. Cette exploration s'est faite, en 2004-2005, à travers la mise en perspective des thérapies familiales systémiques - utilisant notamment la technique de la "sculpturation" - et du psychodrame psychanalytique individuel.

Une question qui a émergé au fil des conférences et plus encore à travers les situations cliniques présentées, est celle de la nécessité de penser l'articulation de plusieurs dispositifs thérapeutiques. En effet, nombre de situations difficiles rendent nécessaire la mise en œuvre conjointe de plusieurs modalités de soins.

Ces questions relatives à l'articulation de plusieurs dispositifs se posent cependant dans des termes différents selon qu'elles impliquent plusieurs professionnels ou équipes distincts, ou lorsqu'elles sont conçues a priori comme constituant un cadre thérapeutique spécifique proposé par une institution.

Il nous a semblé intéressant, dès lors, d'orienter nos réflexions, pour cette année 2005-2006, vers les dispositifs institutionnels qui s'offrent comme des lieux de vie - à temps partiel ou à temps complet - au sein desquels se déploient des modalités thérapeutiques spécifiques. Cette définition met en évidence une triple polarité de ces espaces thérapeutiques institutionnels : la pluralité des dispositifs, les modalités de leur articulation, et l'enveloppe commune qui les contient.

Nous tenterons de mieux cerner les potentialités symbolisantes de tels dispositifs institutionnels, mais aussi les écueils auxquels ils exposent les patients et les soignants, en nous appuyant sur les contributions de nos invités, Marcel Sassolas, Remy Puyuelo, Xaxier Pommereau, ainsi que des équipes qui nous feront l'amitié et la confiance de nous présenter leurs modèles de travail à travers des situations cliniques.

Conférences du jeudi

Université Libre de Bruxelles - Campus du Solbosch
avenue Antoine Depage (coin avenue F. Roosevelt)
Bâtiment A - entrée Z - auditoire AZ1 101, à 20h.30

- | | |
|-----------------|--|
| 12 janvier 2006 | <i>Quel est l'impact de la réalité des dispositifs institutionnels sur le soin psychique ?</i>
par le Docteur Marcel Sassolas, psychiatre, membre de la Société Psychanalytique de Paris, président de l'Association "Santé Mentale et Communauté", Lyon |
| 9 février 2006 | <i>Postures institutionnelles pour adolescents abusés narcissiques dits délinquants. Réflexions psychanalytiques</i>
par le Docteur Rémi Puyuelo, pédopsychiatre, membre de la Société Psychanalytique de Paris, Toulouse. |
| 22 juin 2006 | <i>Prise en charge hospitalière des jeunes suicidants et des jeunes anorexiques : intérêt, limite, spécificité et figurabilité du cadre thérapeutique et des actes de soin. (l'expérience du Centre Abadie à Bordeaux)</i>
par le Docteur Xavier Pommereau, psychiatre des Hôpitaux de Bordeaux, chef de Service, Bordeaux. |

Séminaires cliniques

de 8h.30 à 11h.30, au Forum du C.H.U. Saint-Pierre
322, rue Haute à 1000 Bruxelles.

Ouverts à tous professionnels exerçant une activité
clinique psychiatrique ou psychothérapeutique,
sur demande préalable.

- Matinée, le 13 janvier 2006 :** *Exploration du monde, exploration de soi.*
Présentation clinique par l'équipe du Centre de Réadaptation et
d'Intégration par le Travail, C.R.I.T., Bruxelles
Invité : Docteur M. Sassolas (Lyon)
Co-discutant : Docteur Rudi Vermote, psychiatre, membre de la
Société Belge de Psychanalyse, chef de clinique de l'Hôpital univer-
sitaire de Kortenberg (Vilvoorde)
- Matinée, le 10 février 2006 :** *Présentation clinique*
par une équipe du Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons, Ottignies.
Invité : Docteur Rémi Puyuelo (Toulouse)
Co-discutante: Docteur Christine Frisch-Desmarez, pédopsychiatre,
membre de la Société Belge de Psychanalyse (Luxembourg)
- Journée, le 23 juin 2006 :** **de 9h00 à 17h00**, au Théâtre Le Public
64-70, rue Braemt à 1210 Bruxelles
- deux collations et un repas à midi sont prévus -
*Ouverte à tout professionnel exerçant une activité clinique
psychiatrique ou psychothérapeutique, sur demande préalable.*
Présentation clinique par l'équipe du Centre Thérapeutique pour
Adolescents, C.Th.A, Bruxelles
Invité : Docteur Xavier Pommereau (Bordeaux)
Co-discutant : Jean Daveloose, psychologue, membre du
Questionnement Psychanalytique, membre du groupe Institutions du
SSM Chapelle-Aux-Champs, Bruxelles.

Renseignements pratiques

Droit d'entrée aux conférences : 8 Euros la conférence - étudiants, sur présentation de la carte : 4 Euros
Paiement sur place

Le cycle complet : 20 Euros (3 conférences) - étudiants, sur présentation de la carte : 10 Euros
à verser au compte 310-1513108-91

Droit d'entrée aux séminaires du 13 janvier et le 10 février : 20 Euros la matinée
23 juin : 60 Euros la journée
comprenant collations et repas

Le cycle complet : 80 Euros (les trois séances)
à verser au compte 310-1513108-91

Droit d'entrée au cycle 2005-2006 complet (Conférences et séminaires) : 100 Euros

*Renseignements : Madame Alexandra Buytaers, Centre de Guidance - ULB
Tél : 02/503.15.56 - Fax : 02/289.07.46 - Courriel : centredeguidance@ulb.ac.be*

Le "Groupe de Travail Défense Sociale"

(C.H.P. Les Marronniers - C.H.P. Le Chêne aux Haies - C.H. Jean Titeca - Centre de déf. soc. de Paifve - U.P.P.L. de Tournai)

organise

les 24 et 25 novembre 2005
un colloque sur le thème

75 ans de Défense Sociale: du droit au soin I

Soirée académique le 24 novembre

problématique dans ses volets 'droit pénal' et 'psychiatrie légale'

Exposé scientifique et panels de discussion le 25 novembre

phase d'instruction et d'expertise, phase d'internement et de traitement, phase de réinsertion et de suivi socio-médico-judiciaire.

Lieu Résidence Palace, 155 rue de la Loi - 1040 Bruxelles

Prix 30 Euros (24-11-05) - 60 Euros (25-11-05) - 90 Euros (deux jours)

Prix à majorer respectivement de 5-10-15 Euros en cas de paiement après le 15-10-05

Info et inscription : Mme Nathalie Piron - tél : 02 738 09 46 - e-mail : colloquium.2005@chjt.be

Site web : www.colloquium2005.be

Accréditation demandée.

Le Centre thérapeutique et culturel " Le Gué " asbl

et le Centre Hospitalier Jean Titeca asbl organisent

le 11 octobre 2005 de 9h.00 à 17h.00

la 2^{ème} journée de réflexions sur le thème

Quand le temps devient traitement : Ateliers

Cette rencontre débutera par une séance plénière et sera suivie d'échanges et de discussions au sein d'ateliers.

Lieu Diamant Brussels Conference & Business Centre, Bd Reyers, 80 - 1030 Bruxelles

Prix 50 Euros - 40 Euros avant le 9 septembre 2005

Infos : par téléphone Mme B. Schillings 02/738.09.58

Programme complet de la journée disponible sur le site du colloque : www.chjt.be/colloque2005

Inscriptions : M. Petit - tél : 02 742 98 94 - Gsm : 0477 67 89 86 - Fax : 02 742 03 49

Les prochains numéros de **Mental'idées**
paraîtront

en janvier 2006 - n° 8

Dossier thématique : Santé mentale et Logement

en avril 2006 - n° 9

Dossier thématique : Santé mentale et Précarités

Pour être insérées dans nos pages, vos informations doivent nous parvenir au plus tard pour le 1er décembre 2005 et le 1er mars 2006.