

Editeur responsable :  
Eric Messens  
53 rue du Président  
1050 Bruxelles

Belgique-België  
P.P  
1050 Bruxelles 5  
1/7371

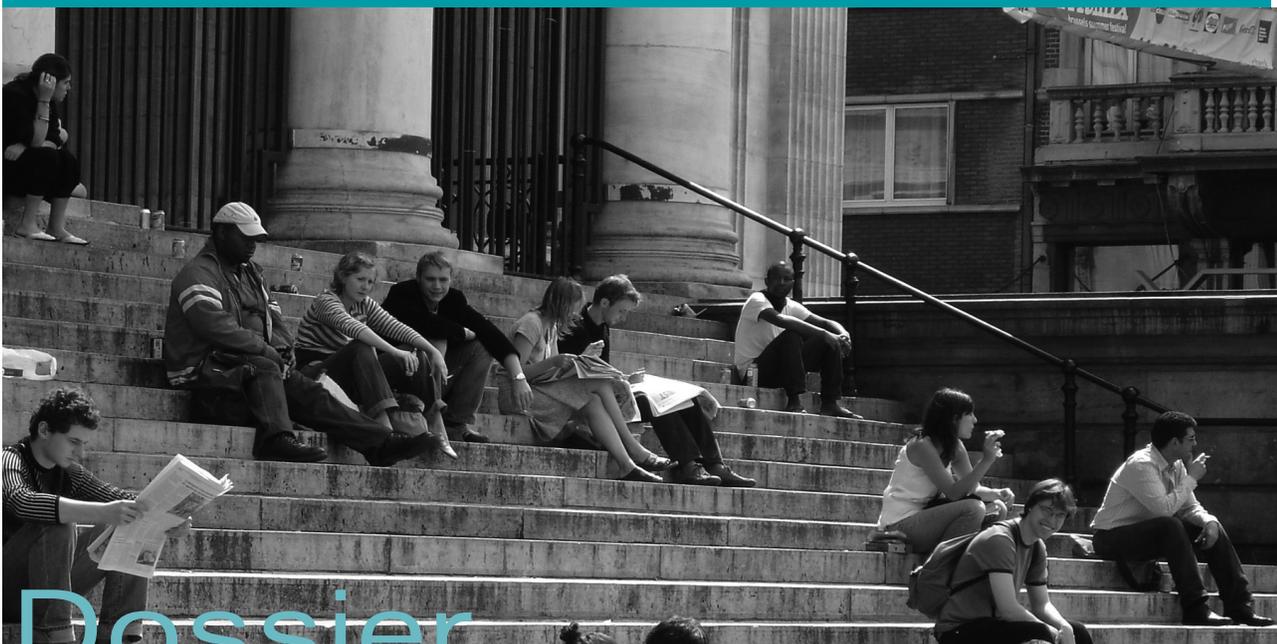
ISSN 1780-0951

n° 10  
05/2007



Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

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



Dossier  
Congrès 2007 Jusqu'ici tout va bien

Mouvements en Santé Mentale  
entre clinique, social et politique

## 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 (0)2 511 55 43  
fax 0032 (0)2 511 52 76  
email lbfsm@skynet.be

### Comité de rédaction

Dr. Charles Burquel  
Elisabeth Collet  
Dr. Denis Hers  
Dr. Jean-Paul Matot

Responsable de publication  
Eric Messens

Graphisme et mise en page  
Françoise Herrygers

Contact rédaction:  
herrygers.lbfsm@skynet.be

Photographies  
Françoise Herrygers  
Eric Messens  
Manuel Versaen

Le Comité de rédaction 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.

## Editorial

Eric Messens *Conversations transversales*

## Carte blanche à...

Francis Martens *SANTÉ MENTALE, SANTÉ SOCIALE .  
Y a-t-il un gène du chômage ?*

## Dossier Congrès des 24, 25 et 26 mai 2007

### Jusqu'ici tout va bien...

Mouvements en Santé Mentale  
entre clinique, social et politique

Argument du Congrès	14
Charles Burquel - Paul Bretécher - Didier Robin ATELIER 1 ET 1BIS - Actualité de la violence	16
TABLE-RONDE DU 25 MAI - Les fondements du sentiment d'insécurité	19
Manu Gonçalves - Sylvia Di Matteo ATELIER 2 - Engagement et résistances : des pratiques professionnelles à la question politique	22
Luc Colinet ATELIER 3 - Santé Mentale en contexte social - Précarités	25
Marie-Cécile Henriquet - Marc Segers ATELIER 4 - Les Réseaux : des dispositifs thérapeutiques ou pathogènes ?	28
Antoine Masson ATELIER 5 - Santé Mentale et Artifices	31
Thierry Van de Wijngaert ATELIER 6 - Hiatus entre clinique et "bonnes pratiques"	35
Eric Messens - Alain Vanoeteren ATELIER 7 - Migrations et ruptures, interculturalités et exils, représentations et conceptions autour du soin	39
Jean-Louis Genard - Lydwine Verhaegen ATELIER 8 - Villes et Santé Mentale	42
Denis Hers - Patrick Maldague ATELIER 9 - Histoire collective, Histoires singulières	43
Jean-Louis Aucremanne - Philippe Fouchet - Philippe Hennaux ATELIER 10 ET 10BIS - La fabrique du symptôme	46
Pierre Smet ATELIER 11 - Construction et déconstruction du genre Homme-Femme	48
Bernard Dehan - Anne Labby ATELIER 12 ET 12BIS - L'école, un défi de citoyenneté / Autour de l'enfance, quelles responsabilités ?	51
Francis Martens ATELIER 13 - Tangage dans la filiation, roulis dans la procréation. Une société qui ne se contient plus ?	54
ACCESSIBLE AU PSYCENDOC, en lien avec le Congrès 2007	55

## Agenda du secteur

### Agenda de la L.B.F.S.M.

COLLOQUE - 17 ET 18 JANVIER 2008 - BRUXELLES

De l'autre côté du miroir - Les adultes en souffrance  
psychique et leurs enfants...

3

4

14

57

58

## Conversations transversales

Pour sa trentième année d'existence, la Ligue a opté pour un Congrès différent et le propose avec une pointe d'humour, « *Jusqu'ici tout va bien...* », le même qu'on utiliserait pour se réjouir avec dérision des beaux étés à venir, de plus en plus chauds, sur fond de réchauffement climatique.

Un Congrès sur les mouvements en santé mentale,... ceux dont la Ligue fait l'inventaire depuis une petite dizaine d'années dans ses rencontres, ses séminaires, ses recherches, ses liens internationaux, et qu'on ne peut discuter authentiquement que par une lecture transversale reposant sur les enseignements de la clinique, l'examen des nouvelles coordonnées du social et la mesure de la dimension politique.

*Qu'est-ce qu'un mouvement ?*

Un déplacement, une trajectoire, une poussée, une traction, une chute, une agitation, un (re)flux, une avancée, une secousse, un trafic, une sortie...

La liste des représentations auxquelles l'idée renvoie est longue, elle signe, dans le domaine de la santé mentale qui nous occupe, la complexité des situations et des relations entre les intervenants qu'elle mobilise.

En témoignent l'actualité de l'intervention en réseaux comme réponse aux difficultés dans le travail, les essais de rencontre entre mondes professionnels mitoyens, la poussée des courants biomédicaux, les polémiques sur la psychothérapie, les propositions de *evidence base medicine*, la pression évaluative, l'émergence de la dimension sociale dans le travail des psys, l'initiative politique dans le champ associatif.

Ce sont quelques exemples de mouvement... !

Nous avons fait souvent ensemble le constat que des initiatives ou de nouveaux programmes sont proposés à la hâte, le nez collé sur les problèmes, sans prendre le temps de se mettre un peu en hauteur, en décalage, avec l'aide d'autres professionnels des premières lignes ou en croisant notre expérience avec d'autres savoirs, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie,... tout ce qui aide à penser et à tenir compte de la dimension du sociétal dans notre travail. Les souffrances psychiques sont de mieux en mieux prises en considération dans les traitements médicaux, psychologiques et psychothérapeutiques, par contre, la question du contexte de vie des personnes et de leur famille ne l'est pas encore suffisamment.

La santé mentale, et la spécificité de celle-ci dans le giron de la santé publique, demande que certains de ses concepts, de ses tenants et aboutissants soient reconsidérés, sans idée d'opérationnalisation immédiate, mais au contraire avec la volonté de constituer une réserve intellectuelle d'idées et de balises partageables. Des savoirs se sont élaborés à partir de nos pratiques et des problématiques rencontrées dans nos multiples dispositifs institutionnels. Ils sont nouveaux, construisent de nouvelles formes de professionnalité et sont encore peu reconnus dans les universités ou dans les hautes écoles.

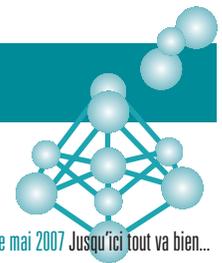
Pour comprendre nos professions et les projeter dans l'avenir, nous vous invitons à réfléchir aux questions de fond que posent nos métiers, en les considérant comme des thématiques transversales qui touchent tout un chacun, quel que soit le lieu où il travaille.

Ce numéro de Mental'idées consacre son dossier thématique au Congrès. Un espace rédactionnel a été laissé aux responsables des treize ateliers,... treize parce que cela porte bonheur ! Ils ont développé leurs arguments, succinctement repris dans le cahier du programme, et vous permettront de faire vos choix en meilleure connaissance de cause.

Nous vous invitons également à lire la Carte blanche de Francis Martens, « *Santé mentale, santé sociale – Y a-t-il un gêne du chômage ?* », tout d'abord parce qu'elle est une excellente entrée en matière aux propos et aux débats promis par le Congrès, ensuite parce qu'en la publiant, elle est pour nous la plus amicale des manières de rendre hommage à un collègue qui soutient depuis longtemps les projets et le style de la Ligue et qui s'est beaucoup investi dans la préparation de l'événement qui nous rassemble aujourd'hui.

Bonne lecture, et bon Congrès !

Eric Messens et Charles Burquel



## Francis Martens

Anthropologue (Montréal) et psychologue (Louvain) de formation, Francis Martens pratique la psychanalyse avec les adultes, les adolescents, les enfants, en privé et en service de santé mentale (centre Chapelle-aux-Champs, Bruxelles). Il intervient aussi dans des situations de crise institutionnelle. Formateur en 3ème cycle (UCL, psychanalyse), il préside le Conseil d'Éthique de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'UCL. Il est aussi vice-président du Centre d'Appui Bruxellois pour l'étude et le traitement de la délinquance sexuelle et président de l'Association des Psychologues Praticiens de Formation Psychanalytique. Il a notamment publié *Psychanalyse, que reste-t-il de nos amours ?* (Complexe, 2000) et de nombreux articles dans les domaines connexes de l'anthropologie et de la psychanalyse, tout particulièrement sur les thèmes de la démocratie en péril, de l'épistémologie, de l'éthique, de l'anthropologie du judaïsme, du racisme et de la sexualité. Interpellé par les tensions, potentiellement fécondes, entre les valeurs de liberté, d'égalité et de solidarité, il s'efforce de ne pas confondre l'égal avec le même, ni l'ordonné avec le juste. Depuis de nombreuses années, mais avec des résultats variables, il s'essaie au difficile métier d'être humain.

## **SANTÉ MENTALE, SANTÉ SOCIALE** *Y a-t-il un gène du Chômage ?*

*Je mets beaucoup d'ordre dans mes idées. Ça ne va pas tout seul. Il y a des idées qui ne supportent pas l'ordre et qui préfèrent crever. À la fin, j'ai beaucoup d'ordre et presque plus d'idées.*

*Norge, 1969*

Y a-t-il un gène du chômage ou du déclin de la fonction parentale ? Citoyens de l'Union Européenne et assimilés, psychiatres et praticiens de la santé mentale, dans quelle pièce jouons-nous ? S'agit-il de maintenir l'ordre ou de répondre à la souffrance ? Celle-ci est-elle le fruit de dysfonctionnements neuronaux, hormonaux, génétiques ? Ou l'éventualité de ces derniers s'inscrit-elle dans le panorama plus vaste de la «maladie humaine» ? Celle dont les Wolofs (Sénégal) précisément disent qu'elle n'a d'autre remède que l'homme ? Assaillis par l'urgence professionnelle, il nous reste d'ordinaire peu de temps pour situer la logique de nos actes dans l'ensemble sociétal où ils s'inscrivent. On sait pourtant que le déploiement concret de telle maladie dégénérative, aux paramètres somatiques parfaitement repérés, dépend largement du contexte relationnel où elle s'inscrit. La psychiatrie, par définition, déborde du champ de la neurologie, les praticiens de la santé mentale échappent, pour l'essentiel, aux normes du techno-médical. Leur efficacité s'évalue selon d'autres critères, difficiles à quantifier et inséparables de la réalité collective. Le concept de *santé*, il est clair, est non pas sans rapport, mais foncièrement hétérogène à celui de *normalité*. En quoi dès lors collaborons-nous à l'aliénation collective (par exemple, en lissant les conflits) ? Ou en quoi restons-nous garants de la santé au plein sens du terme ? La réponse n'est pas simple et il importe qu'elle ne devienne pas «le malheur de la question» (Blanchot). Il semble peu aventureux, en tout cas, d'affirmer que, pour ne pas écraser le questionnement, il nous faut camper sur trois positions simultanément. Tout d'abord, une position éthique : praticiens de la santé mentale mais tout autant citoyens, il importe que nous répercutions vers le politique ce que le côtoiement de la souffrance individuelle nous apprend de la misère collective. Position historique ensuite : de quel fil du temps sont issues nos pratiques ? «Je ne sais où je vais si je ne sais d'où je viens» (Gramsci) et ne puis le savoir qu'en mettant mes pas dans la trace de quelques arpenteurs (Foucault et Gauchet, par exemple). Que s'est-il passé notamment pour qu'une société – la nôtre – en arrive à

infantiliser ses citoyens au point de voir les adultes massivement identifiés à des enfants sexuellement abusés ? Il s'agit enfin de maintenir ferme le positionnement scientifico-clinique propre à notre champ. Hétérogène au registre techno-médical mais en constante interaction avec lui, il importe d'y marquer autant les nécessaires complémentarités que les irréductibles différences. En effet, là où la vie de l'homme se voit sauvée au prix de la réduction passagère du sujet à ses organes, il n'y a plus temps ni place pour l'«art de guérir». En matière de santé mentale par contre, le regard clinique ne peut se réduire à l'imagerie médicale : la personne du praticien reste inséparable de son savoir-faire. Encore une raison qui rend impossible l'évaluation de nos pratiques à partir de «cohortes» à usage statistique.

À partir de ce qui précède s'ouvrent de multiples pistes. Je ne peux pointer ici que quelques balises. Ainsi, de la valeur éminemment symbolique du thème de l'enfant maltraité et du harcèlement sexuel. Ou encore, de l'effet harcelant d'une rhétorique scientifique confondue avec la démarche de la science — ces deux figures s'inscrivant elles-mêmes sur fond du dévoiement de la fonction thérapeutique en *rapport marchand* : régulé par l'offre et la demande, entre des *consommateurs de soins* et des *prestataires de services*, hantés par le spectre de la non-rentabilité voire même de la faillite (en France, une institution hospitalière peut être cotée en bourse). Dans le contexte néo-libéral européen, illustré par la «directive Bolkestein» sur la libre circulation des activités de service, on pourrait imaginer d'importer des infirmier(e)s psychiatriques slovaques, rémunéré(e)s selon leurs barèmes nationaux, pour soigner à moindre coût des ouvriers carolorégiens rendus eux-mêmes dépressifs par divers avatars liés aux délocalisations. Dans ce contexte, peu soucieux d'évaluer les dégâts «collatéraux» liés aux fermetures d'entreprises (existences brisées), le salaire n'est rien d'autre qu'une dépense techniquement compressible. «Délocaliser», à ce niveau, n'est jamais qu'attirer à terme de nouveaux capitaux vers la «maison mère», laquelle les réinvestira éventuellement dans quelques emplois. Le slogan qui voudrait que «les délocalisations d'aujourd'hui» soient «les emplois de demain», fait l'impasse sur la destruction actuelle de l'univers du travail ainsi que sur les pathologies et misères qui s'ensuivent. Au sein de l'univers hospitalier, le temps requis par l'«acte intellectuel» (l'écoute patiente du jeune suicidaire reçu en urgence) fait partie des dépenses aisément modulables. D'un point de vue comptable, il gagnerait à être remplacé par un questionnaire d'évaluation standard : administrable par tout professionnel, quelles que soient sa langue et sa formation, débouchant sur un indice chiffré de risque de récurrence, de même que sur un code précisant le type d'intervention nécessaire, sa durée, et les bénéfices escomptés par l'institution. Au vu des barèmes de rémunération des psychiatres, il est clair que leur gratitude et leur réalisme institutionnel devraient leur faire désertir les séances de psychothérapie dévoreuses de temps, au profit de tout acte technique rapide, aisément déléguable, et bien remboursé.

Ceci est à peine sarcastique. La logique néo-libérale est, par définition, étrangère aux valeurs de solidarité et au soutien du Service Public (ce qui n'empêche évidemment les grands rituels caritatifs, ni l'exercice occasionnel de la solidarité à titre individuel). Au regard de la rationalité néo-libérale, le «marché» est censé s'autoréguler pour le plus grand bien *in fine* du plus grand nombre : c'est la version contemporaine, idéologiquement *clean*, des «lendemains qui chantent». En voix *off*, ce qu'on entend ressemble plutôt à «après moi, le déluge»... Plus grands pollueurs du monde, les États-Unis se refusent à signer le «protocole de Kyoto» : on ne peut scier la branche électorale sur laquelle on est assis (*In God we trust*), dussent une bonne part du Bangladesh, du Bénin et des Pays-Bas, se voir un jour engloutis. Dans la logique qui se déploie en termes d'ouverture du marché, de libre concurrence, de flexibilité, d'accroissement de la compétitivité par «délocalisation», «rationalisation», «dégraissage», un paramètre non pertinent est bien celui de *destruction du tissu social* — quelles que soient ses conséquences sur l'identité, les relations humaines,

l'estime de soi, l'insécurité psychique, et le cortège de maux somatiques et psychopathologiques qui s'ensuivent. En matière de santé mentale par contre, il n'est de perspective cohérente qui ne s'attache à penser les relations entre l'«économie psychique» (Freud) et l'économie tout court. Dès qu'on quitte le domaine de l'anomalie génétique ou de l'atteinte lésionnelle, les tableaux psychopathologiques fluctuent au gré des variations socio-culturelles, même si quelques figures constantes (psychose, névrose, perversion, addiction, somatisation) témoignent des tensions inhérentes à la condition humaine en tant que telle. Dans un article lumineux<sup>1</sup>, Marcel Gauchet a montré combien les formes les plus contemporaines du mal être psychique, de même que l'éclatement actuel des nosographies, épousaient les mutations civilisationnelles. Dans un ouvrage de référence<sup>2</sup>, Christophe Dejours souligne comment, pour survivre dans un univers professionnel déshumanisé, la moindre parade n'est pas le *déni de la souffrance de l'autre* (puis de la sienne propre), avec les ravages qui s'ensuivent au plan individuel (clivage psychique) comme au plan collectif (érosion des solidarités). Flanquée du récit de notre collègue François Emmanuel<sup>3</sup> - *La question humaine* - du film de Ken Loach - *Navigators*<sup>4</sup> - et de celui de Jean-Marc Moutout - *Violence des échanges en milieu tempéré*<sup>5</sup> -, *Souffrance en France* dessine comme un quadrip-tique de la misère ordinaire dans le monde du travail et alentour.

Confrontée à la réalité socio-clinique, la pratique psycho-médicale ne dépasse pas le niveau des soins palliatifs si elle s'interdit d'en scruter les tenants et aboutissants. Avec un peu de chance, les patients se débrouillent mais éthiquement autant qu'intellectuellement c'est un peu court. C'est pourtant à ce suspens de la pensée que le post-modernisme néo-libéral invite, via la nouvelle bible à usage des psychiatres et assimilés. Au sein du DSM-IV<sup>6</sup>, on le sait, il n'y a plus de place pour la psychopathologie - c'est-à-dire pour une interrogation sur le sens et les chemins de la souffrance psychique. Le lexique mis au point par la *task force* de l'Association des Psychiatres Américains (APA) serait légitime, s'il ne s'agissait que de codes renvoyant à des schémas cliniques simplifiés, aux fins de permettre une meilleure communication entre psychiatres du monde entier. Mais, en réalité, au fil de ses diverses éditions, le manuel - pratiquement imposé à la communauté psychiatrique<sup>7</sup> internationale - n'a cessé de démanteler les diverses logiques nosographiques, pour les réduire à un catalogue hétéroclite de «troubles» («disorders») et de «problèmes». En l'absence de principe de classification, le critère d'inclusion dans la liste ne réside plus que dans un commun rapport au désordre. Mais de quel ordre s'agit-il ? Qui juge des limites du tolérable et de l'intolérable ? Gardons la question, en refusant d'être dupes de l'argument de vente présentant le DSM-IV comme *a-théorique*. L'a-théorisme affiché, tout comme l'apolitisme déclaré, n'est habituellement qu'une façon de rendre indiscutables des systèmes de valeurs implicites, à la fois frustes et brutaux. Dans le cas du DSM, il s'agit surtout de faire rentrer l'insaisissable psychiatrie dans le giron de l'ordre techno-médical<sup>8</sup> - ceci sans la moindre rigueur scientifique. Les codes du DSM, en effet, ne reposent que sur des débris nosographiques, étayés sur le consensus de quelques praticiens à propos de ce qui fait désordre et des moyens d'y remédier. Purement pragmatique, chaque classification peut varier d'un moment à l'autre. Ainsi, par souci d'a-théorisme, la catégorie des perversions a disparu, remplacée par celle des «paraphilies». Mais si l'homosexualité n'en fait plus partie, ce n'est pas par choix philosophique ni par rationalité clinique : simplement, le lobby *gay* a fait le siège de l'APA suffisamment longtemps pour la faire céder. De même, ce sont les puissantes associations américaines d'anciens combattants qui ont réussi à imposer le populaire *PTSD* (*post-traumatic stress disorder*) aux fins de remboursement par les organismes d'assurance. Dès lors, si le domaine des paraphilies est en principe a-théorique, il reste à s'interroger sur ce qui fait concrètement «désordre» en matière de sexualité ? Quels sont, autrement dit, les critères de classement des conduites en «comme il faut» et en «à côté (para) de là où il faudrait » ? En matière de nosographie psychiatrique, l'absence de

1. Marcel Gauchet, «Essai de psychologie contemporaine (I, Un nouvel âge de la personnalité ; II, L'inconscient en redéfinition)», *Le Débat*, n°99, n°100, Paris, 1998.

2. Christophe Dejours, *Souffrance en France*, Seuil, Paris, 1998. Psychosomaticien, psychiatre, psychanalyste, Christophe Dejours est également directeur d'un laboratoire d'étude du travail et de l'action, dans le cadre du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris).

3. Médecin-directeur du «Club Antonin Artaud». Écrite sur le mode tout en tension d'un polar, *La question humaine* (Stock, Paris, 2000) nous entraîne au fil de la dérive d'un cadre supérieur confronté à l'objectivation ordinaire d'autrui au sein de l'entreprise et plus en amont.

4. Grande Bretagne, 2001 : sur les conséquences destructrices - psychiques, physiques, sociales, culturelles, relationnelles - de la privatisation des chemins de fer britanniques.

5. France, 2004 : sur la destructivité feutrée et généralisée à l'oeuvre au sein des audits préparant les «rationalisations».

6. DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

7. Pour bonne part, sous la pression des organismes d'assurance et des firmes pharmaceutiques.

8. Voir, par exemple, l'avant-propos à l'édition française (Masson, 1996, Paris) du *Mini DSM-IV* : « il n'y a pas de "distinction fondamentale" à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales. »

repères psychopathologiques équivaut à remplacer les exigences de la science par celles de l'opinion. Ceci est d'autant plus préoccupant que, dans nombre d'universités, le DSM-IV s'est substitué aux ouvrages de psychopathologie. Si le manuel reste utile en tant que pense-bête pour praticiens bien formés par ailleurs, pour les autres il procède d'un vaste courant d'analphabétisation : inscris tes codes et tais-toi !

Face à cette désertification intellectuelle, il est bon de cartographier les aspérités ordinaires du terrain. Commençons par quelques réalités socio-cliniques diffuses (liste bien sûr non exhaustive) :

- augmentation, dans les crèches, de la violence entre enfants
- panique du personnel, toujours dans les crèches, face au regard qu'on pourrait porter sur les connotations sexuelles de leur rapport aux enfants
- désespoir, un peu plus loin, des professeurs de mathématiques, voués à enseigner une matière qui demande effort et concentration, sans moyens ni soutien pour faire travailler les élèves, incapables de les « séduire » pour obtenir le droit d'enseigner, mais néanmoins obligés de les faire réussir quoi qu'il en soit
- hors de l'école, instabilité générale des relations conjugales et dès lors parentales
- malaise des adolescents, accrochés à la barque familiale, repliés à quelques-uns munis de pop-corn, dans le cocooning-télé
- 20 à 30% des enfants seraient promis, dans les années qui viennent, à l'obésité
- baisse générale de la civilité
- mise à mal progressive de l'orthographe et de la syntaxe, chez les enseignants y compris.

On peut voir, dans cet appauvrissement, comme un indice du défaut de transmission des normes de la vie collective, où Marcel Gauchet<sup>9</sup> reconnaît le trait déterminant de notre époque. Du côté psychopathologique, on assiste à un vacillement des identités tout autant qu'à un émiettement des références nosographiques traditionnelles, au profit d'états beaucoup plus flous : flambées délirantes isolées, addictions diverses, somatisations vagues, vécus dépressifs récurrents, états-limite fluctuants. Occasion de rappeler que, privés comme ils sont du secours de l'instinct, les « animaux malades » (Unamuno) voient leur comportement modelé par les normes sociales, et leur identité suspendue au dessus d'un vide dont ne les protège que le mince tissage de la culture. Tout qui s'intéresse à la santé doit tenir compte de ce que, pour faire un humain, trois transmissions sont nécessaires : une *génétique*, une *généalogique culturelle*, et une *généalogique transgénérationnelle* - celle-là même où, d'adulte à enfant, de psychisme constitué à psychisme *in statu nascendi*, se transmettent les péripéties du désir. Si cliniquement, il est clair que personne ne peut intervenir à la fois à ces trois niveaux, intellectuellement il importe de n'en occulter aucun. Bien qu'il ne faille pas les confondre, il n'y a aucune solution de continuité entre l'économie politique et l'économie psychique. En matière de santé mentale, le « fétichisme de la marchandise » selon Marx (et son corrélat de chosification des rapports humains) n'est pas un concept moins pertinent que celui de « *double bind* » chez Bateson.

Face à cette complexité, essayons pour l'heure de nous orienter au ras des statistiques, en faisant appel aux données épidémiologiques les plus proches :

- 11% des Belges disent avoir souffert d'un trouble mental au cours de l'année écoulée (*Revue médicale de Liège*, 2004)
- 75% d'entre eux ont eu recours, dans l'année, à un traitement quelconque pour raisons émotionnelles
- 33% d'entre eux, à l'occasion d'un trouble mental, n'ont bénéficié que d'un traitement médicamenteux (53% s'il s'agit d'alcoolisme)
- le nombre d'invalides reconnus par l'INAMI<sup>10</sup> pour cause de trouble

9. Voir l'article cité et aussi : Marcel Gauchet, *La condition historique*, Stock, Paris, 2003.

10. INAMI (Belgique) : Institut national de l'assurance maladie-invalidité.

- mental, a augmenté de 20% en 4 ans (60.608 personnes en 2002)
- en France, dans le domaine psychiatrique, les hospitalisations sous contrainte ont augmenté de 86% en 10 ans
- toujours en France, entre 1997 et 1999, dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans, les tentatives de suicide sont passées de 3,7% à 4,3% : 61% de ces jeunes suicidaires font état de tensions familiales. En 1993, une recherche de l'INSERM<sup>11</sup>, concernant 12.000 élèves du Second Degré, révèle que 5% des garçons et 8% des filles ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. De 1975 à 1985, le taux général de suicide a augmenté de 38%
- en France encore, une enquête menée de 1999 à 2003, concernant cette fois les plus de 18 ans, nous apprend, sur base d'un échantillon de 36.000 personnes, que 11% des sondés ont connu un épisode dépressif dans les 15 jours qui précèdent leur réponse à la dite enquête, que 0,7% ont fait une tentative de suicide au cours du mois précédent, que 7,8% en ont fait une dans leur vie (6,4% d'hommes, 9,1% de femmes) et que 18% souffrent d'anxiété généralisée depuis les 6 derniers mois.

Pour la doxa psychiatrique, dans 15% des cas la dépression sévère peut mener au suicide. En outre, la comorbidité est sévère : 7 maladies au cours des trois mois précédant l'enquête, selon une étude de l'IRDES<sup>12</sup> (1996). Une analyse prévisionnelle américaine voit en la dépression la deuxième cause d'invalidité au monde après les maladies cardio-vasculaires, dès l'an 2020<sup>13</sup>. Dans l'enquête épidémiologique française, l'état dépressif s'avère plus fréquent dans la population féminine. Enfin et surtout, *tant pour les hommes que pour les femmes, il est corrélé en premier lieu avec la solitude (divorce, veuvage, célibat), en second avec le chômage*. Ces résultats soulignent statistiquement ce que cliniquement nous savons depuis toujours : l'étroit rapport entre santé mentale et santé sociale, notamment dans le cadre de la dépression. Scientifiquement, cela n'exclut nullement qu'on puisse identifier quelque gène rendant plus vulnérable aux situations de stress et qui favoriserait dès lors le glissement dans la maladie. Dans une telle occurrence, il serait néanmoins abusif de parler de «gène de la dépression». De même, le terme «antidépresseur», bien que popularisé par l'usage, ne devrait jamais s'écrire sans guillemets. En effet, s'il est clair que rien de ce qui se passe en nous – et rien de ce qui se pense en nous - ne peut faire l'économie d'une série de conditions nécessaires (avoir la tête sur les épaules, vivre en bonne intelligence avec ses neurotransmetteurs, etc.), aucune molécule taquinant la sérotonine et favorisant la sortie de l'état dépressif ne peut prétendre avoir touché la *cause* de celui-ci, encore moins sa *raison*<sup>14</sup>. Plus banalement, lorsque «je me fais mal», la douleur consécutive à l'écorchure de la main peut m'affoler et contre le même mur me la faire écorcher derechef. Dès lors, en tout état de cause, tout ce qui apaisera ma douleur et protégera la peau ne peut que favoriser la guérison. L'écorchure n'en reste pas moins au point de convergence de multiples «causes» proches ou lointaines : rugosité du mur, état glissant du chemin, motif du cheminement, étroitesse du passage, fragilité particulière de l'épiderme, maladresse due à la précipitation, à l'ivresse, au Parkinson, à une compulsion autopunitive, ... Même pour un événement si réduit, et sans même parler du sens, il est difficile de démêler l'écheveau des conditions favorisantes, nécessaires, suffisantes. Mais si je veux me protéger, je ne puis esquiver ce labyrinthe. Pratiquement, ce sera le soulagement apporté par les « antidépresseurs » qui me rendra assez de disponibilité pour arriver, au fil d'une psychothérapie et/ou d'un ajustement relationnel, à reconsidérer l'ensemble du paysage pour arriver à moins m'écorcher. Jamais il ne s'agira de la simple action d'une molécule sur un neurotransmetteur.

La réalité socio-médicale malheureusement ne semble pas toujours accordée à cette complexité. Il est surprenant, par exemple, que «Santé Mentale Europe», une ONG liée à l'Union Européenne, ait nommé au poste de directrice une de nos compatriotes, graduée en sciences pharmaceutiques, formée de surcroît au marketing et à la communication<sup>15</sup>. De

11. INSERM (France) : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

12. IRDES (France) : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (jadis CREDES)

13. Davidson J. R., Meltzer-Brody S. E. : «The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and the depth of the problem ? », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (suppl. 7)

14. Sur la différence entre cause et raison, de même qu'entre généralisation et théorie, et plus largement sur l'extrapolation idéologique des neurosciences, voir l'article très documenté d'Alain Ehrenberg : «Le sujet cérébral», in *Esprit* («Les guerres du sujet»), n°309, novembre 2004, Paris, pp 130-155.

15. Pascale Van den Heede.

mauvais esprits pourraient se demander où se trouve le lien entre des souffrances psychiques induites par la solitude et le chômage (ou à tout le moins favorisées par eux) et le marketing en matière de pharmacie ? La devinette est pourtant transparente. Si l'on reste prisonnier du modèle techno-médical, le cadrage d'une pathologie semble inextricable si des facteurs psychologiques et sociaux ne cessent d'interférer avec les réalités somatiques. À l'heure où la task force du DSM souhaite rapatrier la psychiatrie dans la médecine, cadrer la dépression s'apparente aux travaux d'Hercule si l'on s'égaré du côté du sens. Par contre, définir une pathologie par rapport à la réaction de tel individu à telle molécule supposée y remédier apparaît plus net. En tout cas, plus pratique... Comme le souligne Claude Le Pen (économiste de la santé auprès de l'Union Européenne) : *« Il y a une dynamique entre la maladie et son traitement qui se crée. Et on est allé particulièrement loin en matière de pathologies mentales. Tenez, vous allez chez votre médecin en disant que cela ne va pas. Il vous donne un antidépresseur. Deux semaines plus tard, vous retournez le voir, cela va mieux. Il en conclura que vous étiez déprimé. C'est la référence aux critères du traitement qui devient le critère de la maladie »*<sup>16</sup>. Bel exemple de réponse qui fait le malheur de la question.

Plus préoccupant encore pour la santé psychique: le sort fait à l'enfant qu'on appelait jadis «distract», «jouette», «turbulent», puis avec plus de sophistication «syndrome hyperkinétique», pour arriver en 1980 à «trouble déficitaire de l'attention», et le faire apparaître enfin - dans le DSM-IV - sous la rubrique «trouble : déficit de l'attention / hyperactivité, code F90.0». Sylvain Gross, qui a pisté cette évolution, s'étonne du nombre incroyable d'articles publiés depuis quarante ans sur le thème de l'enfant hyperkinétique — sans qu'on sache pour autant à quoi s'en tenir<sup>17</sup>. Du moins sur le plan scientifique. Car en réalité, la description du trouble (*disorder*), qui atteindrait de 3 à 5% des enfants, fait plutôt penser à un manuel de bienséance à l'école<sup>18</sup>. Avec la différence notable que le comportement souhaité n'est pas obtenu ici par des moyens éducatifs, mais grâce à l'administration quotidienne - durant les jours scolaires - de *méthylphénidate* : une drogue de la classe des amphétamines, popularisée en Belgique sous le nom de «Rilatine» et en France sous celui de «Ritaline»<sup>19</sup>. Ce qui est en cause, ce n'est pas la nature ni la prescription judicieuse éventuelle de ce médicament, mais le pragmatisme irréfléchi de son emploi. Ici encore, il semble que le «syndrome hyperkinétique» ne se définisse pas mieux que par «ce comportement perturbateur pour lequel on prescrit de la Rilatine». On pourrait même ajouter que cette façon de faire banalise, en mineur, la logique de contention révélée, en majeur, par un récent fait-divers. Fin avril 2005, dans une classe maternelle des États-Unis, une petite fille de 5 ans se montre turbulente. La pédagogue tente de la contenir mais la fillette la repousse. Dépassée par ce désordre, la professionnelle fait appel à la police. Trois gardiens de l'ordre ne tardent à surgir qui menottent la délinquante et l'emmènent. Les policiers et l'institutrice sont blancs, la petite fille noire. L'ensemble de la scène est filmé par la caméra de contrôle de la classe<sup>20</sup>.

Il ne s'agit pas de plaider contre les divers outils de la techno-médecine (molécules, chirurgies, imageries, analyses de tout genre) mais pour leur rapatriement dans un «art de guérir» dont les bons généralistes, les vrais psychiatres, les réels psychothérapeutes, semblent quelquefois les ultimes représentants. On l'a dit : les antidépresseurs sont souvent les partenaires obligés de la psychothérapie. Mais on l'a vu : nombre de personnes qui souffrent d'un trouble mental (1/3 de celles-ci en Belgique) ne bénéficient en réalité que d'un traitement médicamenteux. Pourtant, en Europe, le débat sur l'augmentation du risque suicidaire induit par les antidépresseurs est clos. L'Agence européenne du médicament (EMA) déconseille désormais l'emploi de tous les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), comme le Prozac ou le Deroxat, chez les moins de 18 ans. De son côté, l'Agence française de sécurité des produits de santé (Afssaps) estime à 95.000 le nombre d'enfants et d'adolescents actuellement traités par anti-

16.

Entrevue avec Claude Le Pen, *Le Monde II*, n°43, décembre 2004, Paris.

17.

Sylvain Gross est pédopsychiatre et psychanalyste. Voir : «Comment empêcher la vérité de sortir de la bouche des enfants ? À propos du prétendu syndrome hyperkinétique», in *Essaim*, n°3, printemps 1999, Éres, Paris, pp 111-116.

18.

Par exemple : *semble souvent ne pas écouter quand on lui parle, ne se conforme pas aux consignes, fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison), perd souvent les objets nécessaires à son travail, se lève souvent en classe, parle souvent trop, laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée, a souvent du mal à attendre son tour*, etc.

(extrait du Mini DSM-IV, Masson, Paris, 1996, pp 64-65).

19.

Chacun sait que les «Ritals» ont un comportement gestuel exagéré.

20.

Images diffusées, le W-E du 23 avril 2005, au J.T. de la RTB-F.

dépresseurs, dont 40.000 seulement dans le cadre d'une dépression. Selon l'Agence, en ce qui concerne les jeunes, les antidépresseurs ne devraient être prescrits qu'en cas de *dépression majeure* et seulement en seconde ligne, dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique<sup>21</sup>.

Il ne s'agit pas non plus de prétendre que le *méthylphénidate* (Rilatine) n'agirait que sur le mode d'un placebo. Simplement, il apparaît qu'on ne sait pas grand chose de sa spécificité et que l'usage de produits de la classe des amphétamines n'est jamais anodin - surtout chez les enfants. Dans le contexte évoqué, la réponse par ingestion de la molécule avant la classe, entraîne moins la suppression de toute agitation que celle de tout questionnement. C'est regrettable, car on ne peut évoluer dans le registre de la santé mentale (psychopharmacologie y compris) sans consentir à la singularité absolue de chaque situation, en même temps qu'à l'inéluctable de ses déterminants collectifs. Servantes de l'ordre sous couvert de tolérance, les technocraties s'accommodent mal de l'effervescence conceptuelle découlant des conceptions psycho-bio-sociales de la santé. Pour s'en prémunir, elles tentent de formater le champ de la santé mentale sur le modèle hétérogène de la techno-médecine, alors même qu'au sein de cette dernière la clarté n'est pas forcément de mise. À la lumière des tests en «double aveugle» imposés par la *Federal Drugs Administration* (FDA), rapporte Guy Hugnet<sup>22</sup>, la *fluoxétine* ne s'est pas avérée significativement plus efficace qu'un placebo - ce qui n'a empêché la firme Lilly de mettre le Prozac sur le marché. Peut-être pas à tort. En effet, dès qu'on renonce à la fiction techniquement nécessaire de « l'organisme », il n'est de réalité plus riche que l'effet placebo pour montrer ce qu'est un *corps*, et comment l'efficacité thérapeutique excède largement celle des effets spécifiques de telle ou telle intervention. S'adaptant sur mesure à chaque patient et à chaque affection, l'effet placebo entre dans un rapport subtil avec l'impact de telle ou telle molécule sur telle ou telle séquence physiologique. Il a pour contrepartie l'effet nocebo, capable à lui seul de faire échouer la thérapeutique la plus adéquate. Notons que déjà, dans une perspective pavlovienne, il a été mis en évidence qu'on peut potentialiser ou inhiber les effets de la *chlorpromazine* (Largactil) sur le tonus du même chien, selon qu'il se trouve devant la redoutable porte du laboratoire ou celle, plus avenante, du jardin<sup>23</sup>. Dans un cadre expérimental plus large, on a constaté qu'on pouvait prolonger la vie des rats en les amusant<sup>24</sup>. Plus largement, comme l'a souligné Pierre Benoit<sup>25</sup>, l'effet placebo questionne la relation de tout un chacun au «médical en tant qu'objet» au sens psychanalytique du terme. On y reviendra. Si, dans le champ de la recherche fondamentale, l'effet placebo (qui écorne la prévalence du modèle technologique) n'est pas très populaire, dans celui de l'observation scientifique il s'avère inescapable. Depuis soixante ans en effet, des mètres cubes de littérature purement expérimentale<sup>26</sup> mettent en évidence la régularité de son occurrence : toutes affections et thérapeutiques confondues (chirurgie y compris), on observe en moyenne 33% d'effets bénéfiques résultant d'une intervention placebo. Hors moyenne, on arrive jusqu'à 66% dans certaines situations.

Tout ceci souligne la complexité générale du champ de la santé : si même en techno-médecine (par exemple, en chirurgie cardiaque) il importe de différencier remise en état des organes et processus de guérison, à plus forte raison en santé mentale on ne pourra identifier guérison et restauration du comportement (par exemple, en matière d'anorexie). L'être humain est ainsi fait que, s'il importe de ne pas confondre dysfonctionnement cardiaque et peines de coeur, ces dernières à la longue ne sont pas sans incidence sur le fonctionnement du muscle. Un trouble fonctionnel lié à une fragilité constitutionnelle, à des conditions de vie, à l'angoisse, au stress, peut déboucher sur une atteinte lésionnelle pour laquelle la chirurgie cardiaque fera merveille. Le soulagement consécutif ne sera pas sans incidence sur l'économie de l'angoisse, mais le reste continuera à tanguer comme il peut. Le coeur est ainsi fait que si son anatomie, son fonctionnement, se prêtent à un paramétrage

21. Voir *Le Monde*, 27 avril 2005, p 32.

22. Ancien cadre de l'industrie pharmaceutique. Cfr. Guy Hugnet, *Antidépresseurs. La grande intoxication*, le cherche midi, Paris, 2004.

23. Voir les recherches de Corneliu Giurgea (Bucarest, Louvain), notamment : « Neurophysiologie et conditionnement », in *An. Soc. Royale Sc. Med. et Nat. De Bruxelles*, vol. XII, fasc. 2, 1964, pp 53-58.

24. Voir : Hammet F.-S., «Studies in the Thyroid Apparatus : I », in *Am. J. of Physiology*, vol 56, 1921, pp 196-204, et Hammet F.-S., «Studies in the Thyroid Apparatus : V », in *Endocrinology*, vol. 6, 1922, pp 221-229. Christophe Dejours rapporte une observation semblable : les tissus (pancréas) prélevés sur des rats de laboratoire se nécrosent moins vite si leurs titulaires ont été dûment caressés.

25. Médecin et psychanalyste. Voir : Pierre Benoit, *Le corps et la peine des hommes*, L'Harmattan, Paris, 2004.

26. La loi fait obligation, dans la plupart des pays, de tester toute nouvelle thérapeutique, selon des procédures en «double aveugle», en la comparant avec un placebo et/ou avec une thérapeutique déjà existante, réputée efficace en la matière concernée.

rigoureux et à une standardisation des procédures réparatrices, il en va tout autrement des «affaires de coeur». Le sens de la vie est forcément plus évasif que les facteurs de survie, mais il est clair que ce n'est pas en eux que nous puisons le goût de vivre. Si la santé mentale étend ses réseaux du côté de l'interrogation existentielle plutôt que de la maintenance des organes, cela ne signifie pas que ses praticiens se passent de procédures rigoureuses, ni de modèles scientifiques consistants (celui, par exemple, qui montre comment un «qui suis-je ? » vacillant peut ne trouver à se soutenir qu'au moyen d'un délire). Simplement, pour des raisons éthiques autant que méthodologiques, les modèles théoriques en santé mentale se prêtent peu aux procédures expérimentales et aux comparaisons statistiques. S'il peut être tentant de simplifier le champ pour le rendre aisément mesurable, comparable, «publiable», subventionnable, ce n'est qu'au prix d'un leurre : la rhétorique expérimentale, le «scientifiquement correct», n'ont pas grand chose à voir avec la rigueur. La technocratie de toute façon n'en a cure. Pilotant le politique en mal d'information, la rationalité administrative tend à imposer les critères d'évaluation qu'elle connaît et qui la rassurent : ceux de la techno-médecine. Ils ont peu de rapport hélas avec une réalité ravageuse où la dépression est corrélée d'abord avec la solitude et ensuite avec le chômage.

En matière de santé mentale, le «design expérimental» ne cache souvent qu'un forçage méthodologique prêt à confondre les péripéties du désir avec le mesurage de l'érection. On n'est pas loin des parodies d'article scientifique issues de la plume de Georges Perec<sup>27</sup>. Face à cette poudre aux yeux, le jargon des psychanalystes hélas n'est pas un antidote. C'est regrettable, car l'imposition de critères d'évaluation relevant de méthodologies étrangères au champ concerné ne peut avoir qu'un effet destructeur. Il est possible certes d'utiliser le DSM-IV et de pratiquer le RPM<sup>28</sup> en surface, comme jadis les marranes contraints d'embrasser la foi catholique, mais on finit par oublier le reste. Surtout si le DSM, comme c'est progressivement le cas, se voit confondu avec un traité de psychopathologie. Le secteur de la santé mentale, soulignons-le, ne s'oppose en rien à celui de la techno-médecine : il lui est complémentaire. Il intervient dans le champ existentiel mis nécessairement en suspens par le traitement des organes. Il est vital que cette spécificité soit reconnue, sans quoi la santé sera confondue avec la normalité, la rigueur avec l'ordre, le raisonnable avec le quantifiable, et le sujet en souffrance avec l'objet des soins. Personne n'y gagnera. Pour des motifs strictement rationnels, il est illégitime d'évaluer le cheminement thérapeutique de 50 femmes anorexiques (de même âge, même poids, même taille, même milieu social) de la même façon qu'on compare les traitements standardisés de 50 fractures du péroné ou de 50 lésions coronariennes. C'est pourtant ce à quoi des méthodologies issues du courant de l'*evidence based medicine* (la médecine appuyée sur des preuves) invitent les praticiens de la santé mentale. À partir de troubles définis par le DSM ou la CIM<sup>29</sup>, les «traitements psychologiques appuyés empiriquement»<sup>30</sup> sont réputés tels après contrôle comparatif de leur efficacité via l'application d'un même manuel. Il s'agit de comparer des cohortes homogènes (par exemple, de «personnalité histrionique»<sup>31</sup>, code F. 60.4) selon leurs réactions à diverses sortes de thérapies ainsi qu'à un placebo (en général, le fait de stagner sur une liste d'attente). Outre le caractère inacceptable de la manipulation (on va jusqu'à imaginer la comparaison avec de fausses thérapies), cette façon de procéder heurte la plupart de psychothérapeutes. Par définition, chaque cheminement dans les limites d'un cadre est laissé à la créativité individuelle. De plus, des symptômes d'apparence identique peuvent s'inscrire dans des dynamiques radicalement différentes. Ainsi, pour un adolescent perturbé, une conduite antisociale comme le fait d'incendier «sans raison» une voiture, peut s'avérer signe aussi bien de bascule dans un état grave que d'amorce de guérison. Difficile de faire comprendre ça au DSM, de même qu'au propriétaire de la BMW... Soyons sérieux. De l'aveu même des promoteurs de l'*evidence based medicine*, seulement 10 à 20% des actes médicaux correspondent aux critères souhaités. Quant aux «traitements psychologiques appuyés empiriquement», à ce niveau ce

27.

Par exemple, sur le «tomatotropisme de la cantatrice» (en anglo-américain).

28.

RPM (Belgique) : résumé psychiatrique minimum.

29.

CIM : Classification internationale des maladies.

30.

On trouvera un regard d'ensemble sur la question dans : R. Ladouceur et collaborateurs (université Laval, Québec, Canada), «Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : état de la question et critique», in *Journal de Thérapie comportementale et Cognitive*, 2003, 13, 2, pp 53-65.

31.

Traduction «a-théorique» du mot hystérie.

sont les critères eux-mêmes qui apparaissent inadéquats à tout qui est confronté à la réalité de la souffrance psychique. C'est probablement le moment de signaler que la plupart des membres de la *task force* du DSM étaient des médecins chercheurs en psychiatrie, n'ayant pratiquement jamais mis le pied hors de l'université<sup>32</sup>.

Rendus à ce point, il faut dissiper un éventuel malentendu. Dans une perspective psychodynamique, le processus thérapeutique ne participe en rien d'un obscur et ineffable cheminement. C'est Freud, un des premiers, qui a projeté au coeur des ténèbres gothiques de la psychopathologie un vif faisceau de rationalité. D'ailleurs, dès le début de sa recherche et plus avant dans le chapitre VII de la *Traumdeutung* (1899), il dialogue avec les neuro-sciences dont il est lui-même un pionnier. De façon générale, la confrontation de la psychanalyse à d'autres modèles scientifiques ne pose aucun problème<sup>33</sup> pour peu qu'on ait affaire à de véritables chercheurs : c'est avec les petits épigones qu'il est difficile de communiquer.

Quoi qu'il en soit, il n'est aucunement question de refuser l'évaluation, encore moins le débat. Simplement, il importe que chacun puisse reconnaître la spécificité du champ de l'autre<sup>34</sup>. En psychanalyse plus qu'ailleurs « comparaison n'est pas raison ». Dès qu'on entre dans le champ de la réalité psychique, de l'inconscient, de la pulsion, de l'angoisse, ce qui est comparable devient insignifiant. Ce qui compte à ce niveau, c'est le léger écart de sens entre deux éléments signifiants d'allure pourtant identique. Autrement dit, un lapsus n'est pas l'autre - même s'il s'agit, sur le même mot, du même trébuchement. La réalité dont sont tissés les rêves est malaisément quantifiable. Elle n'appartient pas au sommeil paradoxal. L'imagerie médicale nous éblouit mais ne dit rien du film. Le psychisme ne parcourt pas haletant le câblage de l'homme neuronal. Il s'étend aux confins de la culture qui l'enfante. Sans transmission de la langue, peu de pensée. Sans verbe « être » pas de métaphysique. Le génome n'est pas l'identité, la technologie pas la science. Arrivés au degré de complexité qui nous accroche au langage, nous n'avons que la conscience réflexive et son outil - la parole - pour décrire sans trop le dissoudre ce qu'il en est de nous. Le reste n'est qu'énumération de conditions nécessaires. En ce sens, Joyce nous est plus utile que Changeux. La politique de la santé mentale ne se réduit pas non plus à la codification des soins. Si le refus de l'évaluation abusive procède clairement d'une position épistémologique, c'est aussi un combat contre l'uniformisation destructrice. Du point de vue de la citoyenneté, l'éthique psychanalytique s'inscrit aux côtés de tout qui veut promouvoir l'égalité dans la différence. Elle est allergique au totalitarisme. C'est loin d'être un monopole !

La pluralité des professions de la santé mentale protège du glissement vers la normalisation. À l'interface des autres pratiques médicales, le psychiatre occupe une position stratégique difficile, écartelé parfois entre des modèles tout en tension. C'est aussi le cas du travailleur social. Pour revenir à l'*evidence based medicine*, il est une raison plus fondamentale qui empêche d'évaluer une psychothérapie en la comparant à un placebo : c'est qu'elle participe en bonne part du même registre que le dit placebo, sans pour autant s'y réduire. En effet, s'il est une chose mise en lumière par l'occurrence universelle de ce phénomène, c'est bien l'efficacité relative de toute « forme thérapeutique » indépendamment de son contenu. C'est dans cette perspective qu'une « fausse » intervention peut avoir de vrais effets - qui plus est, mesurables. Du côté médical, l'effet placebo révèle la part d'efficacité-parasite non spécifique, inhérente à tous les traitements, même inappropriés<sup>35</sup>. Sa présence n'apparaît qu'en filigrane, mais avec suffisamment de netteté pour qu'on tente de maintenir cette variable constante lors des expérimentations. Au sein des psychothérapies, l'effet placebo se fond dans l'ensemble, accompagnant sur un mode mineur ce que le processus favorise en majeur. Il représente la forme la plus originaire de ce que la psychanalyse tente de mobiliser dans la cure et qu'elle théorise en termes de transfert et de rapport à l'objet.

Cela dit, quand pour sauver un homme il faut le réduire techniquement à ses organes, on comprend que la réflexion sur le placebo fasse quelque

32.

Pour qui veut en savoir plus, lire : Stuart Kirk et Herb Kutchins (respectivement professeurs en sciences sociales à Columbia et à Sacramento), *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New-York, 1992, traduit en français sous le titre, *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, 1998.

33.

J'insiste sur la psychanalyse car cliniquement son champ m'est familier, mais plus encore parce qu'elle va largement au-delà de la seule théorisation de sa pratique. Proposant une vision anthropologique globale, la psychanalyse contribue largement au déchiffrement du fonctionnement tant du psychisme que des faits sociaux. En ce sens, il n'est nullement nécessaire de s'y rallier cliniquement pour s'en servir comme outil de réflexion.

34.

Ce qu'un esprit aussi prestigieux que Karl Popper n'a pas réussi à faire. Surtout, semble-t-il, faute d'information suffisante sur la psychanalyse.

35.

Rappelons que ces considérations succinctes s'appuient sur un corpus scientifique énorme ne procédant que du modèle expérimental.

peu désordre. L'ignorer pourtant expose aux redoutables ravages de l'effet nocebo, capable lui de tuer son homme ! En fait, la quasi-absence de recherches sur la nature de l'effet placebo atteste le peu de préoccupation scientifique de nombre de praticiens de la santé. Leur pragmatisme néanmoins n'est pas en soi un défaut, pour autant qu'il n'obture tout questionnement et ne nous réduise pour de vrai à nos organes. Réouvrons dès lors à tout hasard la question avec une proposition d'épistémologie poétique : « *Tout ce qui vaudrait la peine d'être prouvé, disait Alfred Tennyson, ne peut être ni prouvé, ni infirmé* ». Allez donc démontrer l'amour de Jean pour Jeannette... Allez prouver que le quintette avec clarinette de Mozart, Koechel 581, est un pur chef d'oeuvre... Impossible bien sûr - bien que là soient nos raisons de vivre.

**Toute pratique issue d'une théorie incapable de prendre en compte nos raisons de vivre peut nuire gravement à la santé.**

*Francis Martens, 2005*





# Congrès de mai 2007 : Jusqu'ici tout va bien...

## *Mouvements en Santé Mentale entre clinique, social et politique*

### Argument

La clinique nous confronte à l'humain.

L'humain pris dans les soubresauts de l'histoire, remué par les propositions et les antagonismes culturels, tributaire de la mobilité de son environnement technique et symbolique, sollicité - parfois hypnotisé - par les nouveaux artifices de société... même si c'est lui qui fait l'histoire. Chaque époque est caractérisée par des modifications plus ou moins importantes de représentations et de productions, langagières ou autres. Ces transformations ont toujours existé, ce sont elles qui font les civilisations, mais leur accélération, leur radicalité et leur globalisation déconcertent - on est peut-être à un moment charnière, voire révolutionnaire de l'histoire des rapports humains -, au point de constituer un ensemble de phénomènes dont l'explication finit par échapper au sens commun et sur lesquels les individus perdent prise. L'inflation des systèmes et des référentiels de pensée les dépassent. La grammaire en est illisible ou floue, et met en difficulté leur accrochage symbolique à ce monde en mutation.

La condition anthropologique contemporaine se révèle et se décline dans quelques puissantes modifications de contextes de vie : le rapport modifié au temps et à l'espace, les normes changeantes au sein de la famille, de la conjugalité et de la filiation, l'érosion des formes de solidarité et l'attrait pour les constructions individuelles, la relativisation du genre et du sexué au profit des utopies sur le corps et la sexualité, la course à la connexion virtuelle du monde et en miroir les mécanismes de déliaison sociale, la banalisation de l'écart entre grandes richesses et grandes pauvretés, l'accoutumance aux malheurs des autres et le culte du succès de soi, les conceptions autour de l'intime et du privé. La liste est longue, on pourrait poursuivre avec les questions sur la force des images et la saturation du regard, sur les manifestations de la violence et le sentiment d'insécurité, sur la souffrance au travail, sur le destin des échanges au temps des troubles du narcissisme, sur la puissance de l'oubli et la difficulté accrue du travail de mémoire ou encore sur les rapports de force entre les cultures...

Alors, la personne individualisée, un destin brisé ?

Sur le terrain, l'expérience nous montre que le psychisme, l'âme des individus, est touché par ces turbulences. Les expressions du malaise et de la détresse se multiplient et changent de forme, allant parfois jusqu'au silence... qui ne demande rien. Les praticiens parlent beaucoup de nouveau désarroi, de nouvelles souffrances, d'une extension du domaine de la santé mentale, invitée, chargée de répondre aux avatars psychologiques d'un vivre ensemble malmené.

S'en tenir à ce seul constat serait réducteur.

Les métiers de la santé mentale, les professionnels de l'accueil, de l'aide sociale, de l'intervention communautaire, de l'éducation, de la médecine ou de la justice comme les spécialistes de la sociologie, de l'anthropologie et d'une manière plus générale des sciences humaines, entendent et découvrent chaque jour comment des hommes, des femmes, des enfants et des familles s'arrangent pour sortir de leurs impasses et réduire leurs difficultés. Ruses, trucs, astuces et trouvailles,... leurs récits sont émaillés de ce qui a pu faire solution un moment ou longtemps et nous ouvrent à tout le champ des ressources non-professionnalisées. On en trouve des exemples dans les engouements religieux, dans les modèles inédits d'économie parallèle, avec certaines formes de nouvelles passions culturelles ou via l'élargissement des choix sexuels.

Au désarroi et aux ressources des individus répondent en vis-à-vis le désarroi et les ressources des praticiens. Jusqu'où faut-il intervenir, comment tenir compte dans les pratiques des nouvelles coordonnées anthropologiques, peut-on feindre d'ignorer les laissés-pour-compte du système, comment soigner ceux qui ne veulent rien, y a-t-il des besoins prioritaires en santé publique, quelles sont les possibilités et les limites du travail en partenariat, où s'arrête la responsabilité des soignants, faut-il tout professionnaliser, qu'est-ce qui fait soin, comment produire de la santé mentale, le plan d'Helsinki recommande parmi ses axes stratégiques de promouvoir le bien-être mental des citoyens, qui a cette mission pour tâche... ?

Les systèmes de soins et l'offre thérapeutique ont tendance à se démultiplier. Les métiers de la santé mentale et de la psychologisation des malaises sociaux se développent. Ils sont parfois plus destinés à assurer l'ordre public qu'à accueillir la souffrance. Leur inflation n'est pas forcément utile et productive de sens. Certains projets novateurs ont pour effet de créer des nouvelles demandes et de désamorcer des habitudes de solidarité qui avaient toute leur efficacité. La poussée d'un courant gestionnaire, évaluateur, performatif et standardisant menace la culture et l'éthique d'une génération de praticiens grandie avec les enseignements de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle et de l'anti-psychiatrie. Ceux-ci se vivent aujourd'hui encore plus comme des résistants.

Toutes ces transformations demandent aux soignants des changements d'attitude, des inventions pour pallier les impasses du dispositif institutionnel établi, mais logiquement, de tels phénomènes les obligent aussi à questionner leurs conceptions du soin, leurs repères et leurs idéaux de travail.

Depuis cinq ans, la Ligue poursuit une réflexion de fond sur les enjeux actuels de société et de santé mentale. Ce parcours a été jalonné de nombreuses étapes et a donné lieu à l'organisation de nombreux événements scientifiques : colloques, séminaires, recherches. La Ligue n'est pas seule à le faire. D'autres associations, d'autres champs institutionnels avec lesquels elle entretient un dialogue permanent sont traversés par les mêmes préoccupations et les ont aussi mises au travail. De plus en plus, elles essaient de mêler à leurs réflexions les associations qui représentent les usagers et replacent la dimension de la citoyenneté au cœur du débat.

La santé mentale, et la spécificité de celle-ci dans le giron de la santé publique, demande que certains de ses concepts, de ses tenants et aboutissants soient reconsidérés, sans idée d'opérationnalisation immédiate, mais au contraire avec la volonté de constituer une réserve intellectuelle d'idées et de balises partageables.

En proposant ce Congrès international, le projet des organisateurs est d'inviter à poursuivre la réflexion sur ces questions de fond, organisées en thématiques transversales, à partir des pratiques cliniques et des lectures que permettent la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, le droit et d'autres disciplines qui aujourd'hui s'associent volontiers à l'univers de la santé mentale.



## Actualité de la violence

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°1** Actualité de la violence -  
*Violence dans la cité.*

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°1bis** Actualité de la violence -  
*Violence dans la psyché*

*Responsables d'atelier : Dr. Paul Bretécher, Dr. Charles Burquel, Didier Robin*

Didier ROBIN,

psychologue, psychanalyste, systémicien.

Clinique Saint-Jean, Centre Chapelle-aux-champs, Bruxelles

Sommes-nous confrontés à de nouvelles formes de violence ? A une violence de plus en plus envahissante ? Une mise en perspective historique permet peut-être de relativiser le catastrophisme de certains discours.

*« Je n'ai plus aucun espoir pour l'avenir de notre pays si la jeunesse d'aujourd'hui prend le commandement demain. Parce que cette jeunesse est insupportable, sans retenue, simplement terrible... Notre monde atteint un stade critique. Les enfants n'écoutent plus leurs parents. La fin du monde ne peut être loin. »*  
Hésiode (VIII s. av. J.-C.).

La violence des « jeunes », elle, n'est évidemment pas nouvelle ! Violence irrépressible parce que pulsionnelle, violence que les sociétés traditionnelles ont toujours encadrée avec beaucoup de soins tout en permettant un certain déchaînement (des rituels initiatiques à la chasse ou à la guerre...).

Violence pulsionnelle mais aussi violence du changement qui touche autant les adultes que les jeunes. L'adolescence est, on le sait, un des moments particulièrement forts où se cristallisent les enjeux de la filiation, où il s'agit que les aînés permettent leur meurtre symbolique :

*« En éduquant l'enfant, les parents placent en lui leur conscience déjà formée et ils engendrent leur mort [...]. Ce qu'ils lui donnent, ils le perdent ; ils meurent en lui [...]. Les parents contemplant dans le devenir de l'enfant leur propre suppression dialectique. »* G.W.F Hegel dans les Conférences.

Moment donc intense de mobilisation de la question des idéaux où se rejouent les fondements oedipiens (sans doute plus « narratifs » qu'universellement normatifs) de la « promesse » qui signe la sortie du fameux complexe. Promesse d'une jouissance à venir

pour autant qu'on accepte de payer le prix du travail à fournir pour tendre vers l'Idéal du moi.

Dans les systèmes patriarcaux, outre la promotion de certains idéaux, l'agressivité et la haine à l'égard du patriarce (qui n'est pas tant le Père comme on le croit trop souvent que le Chef ou littéralement : le « vieux chef de la patrie », « patrie » étant ici à entendre dans son sens originel de communauté familiale élargie, de « maisonnée ») sont très fortement interdites et durement réprimées. Agressivité et haine du Chef sont détournées très efficacement sur les classes « subalternes » (femmes, enfants, esclaves, etc.), sur certains boucs émissaires et surtout sur un ennemi extérieur auquel il est dès lors très « utile » de faire la guerre. Patriarcat et guerre sont intimement reliés.

Dans les démocraties hypermodernes et pacifiées de la vieille Europe (aux USA, la place du religieux est toute différente et permet la réélection de G.W Bush au nom de la « croisade contre les forces du mal », et il ne s'agit pas d'une métaphore !), le patriarce a été détrôné de diverses manières. Sa figure reste marquée par l'ambivalence mais *in absentia*. Par ailleurs, il n'y plus vraiment d'ennemis extérieurs tandis que les préoccupations pour la sécurité ont rendu les possibilités d'expression de la violence extrêmement faibles (le sport, le hip-hop, le rap et... ?) et souvent « illégales » (la bagarre rituelle du samedi soir remplaçant encore un peu les vrais exercices guerriers). L'agressivité en général trouve de moins en moins de possibilité de décharge dans le travail de plus en plus souvent sédentaire.

Il ne s'agit évidemment pas de regretter la guerre mais de mesurer les conséquences, en termes d'économie

psychique, de la relative paix démocratique.

Dans le même temps et sans doute le même mouvement, les structures familiales sont devenues extrêmement instables voire chaotiques. La famille serait sous sa forme hypermoderne non plus nucléaire mais comme « atomisée ». Les parents semblent de plus en plus seuls et donc fragilisés au point d'adresser à leurs enfants une demande d'amour et de confirmation narcissique qui rend paradoxal l'exercice de l'autorité. C'est peut-être cette difficulté qui caractérise le mieux la nouveauté de la famille hypermoderne : « je t'ai fait pour que tu m'aimes pour soutenir mon narcissisme alors que plus personne ne le fait ; comment pourrais-je te frustrer au risque que tu me détestes pour finalement me quitter ? ».

Parallèlement d'anciennes formes familiales continuent bien sûr à exister, du coup d'anciennes formes de maltraitements aussi tandis que l'immigration confronte les ressortissants de systèmes patriarcaux encore actifs à d'intenses contradictions quand « au pays » l'autorité parentale ne repose pas seulement sur des dispositifs symboliques mais aussi sur des systèmes de contrôles et de réprimandes souvent très violents.

Dans les familles « atomisées », le noyau devient tellement « dur » qu'il ressemble à une sorte de « huis-clos » psychique. Du coup, les moindres contacts peuvent à tout moment réveiller la violence des pulsions sans pour autant qu'il y ait de véritables issues. On tente alors d'éviter la rencontre : par exemple, chacun mange ce qu'il veut, quand il le veut, devant l'écran de la télé ou de l'ordinateur, si possible dans sa chambre et sans parler à personne. Mais comme la rencontre, comme la pulsion, est malgré tout encore inévitable, ce n'est pas tant la guerre qui va, de ne plus être sociale, revenir au sein de la famille - bien que cela arrive parfois - mais le plus souvent, la violence est « intériorisée ». « Intériorisée » suivant la logique décrite par Freud dans « Malaise dans la culture », se transformant en « besoin de punition » et conduisant à toute la panoplie des pathologies « nouvelles ».

Une certaine paix sociale autant que familiale se paiera du prix de symptomatologies auto-agressives qui atteignent évidemment l'autre mais de manière indirecte.

Ainsi, certains chiffres donnent à réfléchir : en France, il y a près de 10 suicides réussis pour un meurtre. Le nombre de suicides est en augmentation dans les pays industrialisés (en Occident mais au Japon aussi). C'est la première cause de mortalité pour les hommes entre 25 et 35 ans, la deuxième pour les adolescents après les accidents. A ce sujet, on peut se rappeler le livre de Konrad Lorenz intitulé « L'agression » où il soulignait que « la tendance à l'accident » est souvent un équivalent suicidaire en tant que retournement de l'agressivité sur soi. Il devient donc évident, par exemple, que nous avons beaucoup plus à craindre que nos adolescents meurent d'« imprudences » ou de suicides qu'à la suite d'une agression dans la rue. Les meurtres de Joe et de Yannick avaient évidemment de

quoi nous émouvoir mais ce n'est sans doute pas ce type d'événement que réside la nouveauté la plus dangereuse. Si nous prenons la mesure du fait que les suicides tuent à eux seuls dix fois plus que les homicides, nous devons reconnaître que nous vivons sans doute dans les premières sociétés humaines où l'on risque beaucoup plus de se tuer soi-même que d'être tué par un autre.

Mais il n'est pas sûr que nous ayons pris la mesure de ce phénomène. Pourtant, dans les services de psychiatrie, le constat est le même. Sous des formes multiples, l'auto-agression est de plus en plus omniprésente : tentatives de suicide évidemment, mais aussi « dépressions », « toxicomanies », « anorexies » et « troubles des comportements alimentaires » et plus récemment encore « automutilations » de plus en plus fréquentes et précoces.

Comme je l'ai déjà avancé, Sigmund Freud nous a laissé dans « Malaise dans la culture » une hypothèse qui semble singulièrement éclairer ces problématiques. Pour le dire un peu trop schématiquement : plus les sociétés humaines constituent des groupes importants, nombreux, plus la civilisation doit s'employer à interdire les manifestations de l'agressivité qui menacent l'unité de ces sociétés. Mais comme la « tendance à l'agression » est, comme nous l'avons vu, pulsionnelle et donc irrépressible, une des manières « civilisées » les plus courantes de la neutraliser consiste à l'intérioriser et donc à l'agir sur soi-même. Dans la suite de Freud, le sociologue Norbert Elias a bien montré comment le processus de la civilisation occidentale a amené à la mise en place d'un système de plus en plus contraignant d'« auto-contrôles » qui accompagne la notion même d'individu telle qu'elle est prônée par le modèle démocratique.

Il est clair que l'hypothèse du retournement de l'agressivité sur soi dans les sociétés occidentales ne résume pas les manifestations de la violence au sein de ces mêmes sociétés. Mais l'enjeu est d'essayer de penser ces phénomènes avec suffisamment d'ouverture tant ces questions sont complexes.

Par exemple, beaucoup de suicides ou d'effondrements dépressifs résultent d'un enchaînement de circonstances où l'on pourra repérer l'impact d'une violence agie par l'autre sous des formes parfois peu spectaculaires mais néanmoins dévastatrices. Dans les régimes dits démocratiques, des formes de violence « symbolique » peuvent très rapidement faire perdre le sens de la vie dans un monde où l'on est à la fois de plus en plus nombreux et de plus en plus seul... Dans son livre « La société des individus », Elias relève que l'individu est peut-être d'autant plus enfermé dans la relation à lui-même que celle-ci est la seule qu'il soit sûr de maintenir jusqu'à sa mort ! La liberté démocratique s'accompagne de la précarité très insécurisante de tous les liens sociaux, qu'ils soient conjugaux, familiaux, professionnels ou plus largement « culturels ». Toutes ces relations sont devenues à tout moment « révocables » pour reprendre le terme de cet immense sociologue.

Voici deux illustrations cliniques :

### 1.

Après son hospitalisation à l'hôpital St-Jean, à Bruxelles, je reçois en consultation un homme pakistanais résidant en Belgique depuis une petite dizaine d'années. Il en vient à me confier ce dont il n'a jamais pu parler à personne. Il a été marié à une belge dont il est séparé depuis deux ans et il est aux prises avec des remords qui l'obsèdent. Pendant leur vie commune, il l'a battue plusieurs fois et a abusé d'elle. Au-delà du travail psychothérapeutique, ce que je relèverai ici c'est sa remarque que si tout cela s'était passé au Pakistan, dans une société patriarcale, ces événements n'auraient rien eu d'anormal (on peut se rappeler à ce propos qu'il a fallu en Occident attendre la fin du XXe siècle pour que le viol entre époux soit criminalisé !). Tout cela serait resté très banal. Mais il mesure parfaitement que dans une démocratie européenne les femmes ont des droits nouveaux confortés par un arsenal juridique. Cette différence culturelle vient donner corps à une culpabilité dont les déterminants sont sans doute plus complexes, notamment il se rappelle les plaintes de sa mère concernant les traitements que son père lui infligeait, mère dont il est resté très proche. Néanmoins, cette problématique s'actualise en lien avec une certaine organisation politique.

### 2.

Je reçois en consultation, dans mon cabinet, une mère accompagnée de son fils de onze ans. Celui-ci, après des « troubles du comportement », diverses « somatisations » et de fréquentes colères a commencé à se taillader les bras et le torse. Cette femme a conçu cet enfant avec un homme avec lequel elle avait arrêté de vivre parce que, dit-elle, leurs enfants de deux unions précédentes ne s'entendaient pas (ils avaient chacun déjà deux filles, celles du père étant l'une obèse l'autre anorexique, les siennes étant « normales » si ce n'est que la deuxième est homosexuelle). Elle est très inquiète pour la santé de son fils d'autant qu'elle se dit mère « à 200% » et que par ailleurs « il n'y a pas de place pour un homme dans [sa] vie ». Elle sort d'une histoire familiale à la Zola et compte bien que ses enfants ne subissent pas la même chose. Elle dira en parlant de son fils : « Je ne veux pas qu'il soit mon échec ». Elle a consulté tous les sites Internet sur les auto-mutilations et sait que c'est une symptomatologie plutôt féminine de même que les inquiétudes de son garçon sur son excès de poids. Avec un clin d'oeil, elle me glissera que du côté de la virilité : « c'est plutôt mal parti ».

Ma perception clinique m'amènera à rencontrer la famille au lieu d'essayer d'emblée un suivi individuel. La « famille », c'est en l'occurrence ses trois filles et son fils puisqu'elle est en guerre avec le second père apparemment négligent. Dans ce cadre, je découvre une famille monoparentale où un certain équilibre avait été trouvé. Tant que sa deuxième fille était encore à la maison, c'est elle qui « assurait » le rôle du père et du mari (selon les dires de la soeur aînée) ce qui colle assez bien avec son côté très masculin qui affirme presque son homosexualité. Mais depuis le départ de

ses deux grandes soeurs, le fils alterne entre des attitudes de bébé, de petit garçon, d'adolescent et de chef de famille ! Et quand la mère cherche à affirmer son autorité, c'est très vite l'escalade symétrique et passionnelle entre son fils et elle avec une absence manifeste de tiers.

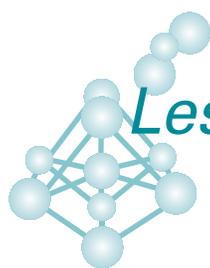
Concernant les automutilations de son garçon, la mère dira : « En se punissant, il me punit deux fois. » Ce qui me semble extrêmement emblématique d'une certaine violence hypermoderne et de son caractère fondamentalement surmoïque. C'est-à-dire que si elle s'exprime préférentiellement par un retournement sur soi d'une agressivité qui est en mal d'adresse, cette violence agie sur son propre corps est aussi secrètement une arme pour blesser l'autre. Dans ce registre, la fréquence des automutilations en milieu carcéral tout comme l'extrême hétéro-agressivité des suicides réussis représentent sans doute les expressions les plus accomplies de ce processus.

Dans la suite de Freud - « Malaise dans la culture » et d'Elias <sup>1</sup> « La civilisation des moeurs » - apparaît l'importance de soutenir une réflexion critique sur la complexité des manifestations de la violence humaine qui puisse accompagner le pari démocratique. Quand on constate les surenchères politiques sur les thèmes sécuritaires, on peut en effet craindre que la simplification du débat débouche sur une sorte de mouvement de balancier historique qui nous ramènerait à la sécurité imaginaire qu'offre un « pouvoir fort ».

Pour conclure, il n'est peut-être pas inutile d'insister sur la nouveauté anthropologique que représentent nos sociétés : un univers où la sûreté est telle que l'on coure à peu près dix fois plus de risques de se tuer soi-même que d'être tué par un autre.

Mais qui pourra nous protéger de nous-mêmes ?

1. Elias Norbert est un sociologue assez peu connu, son oeuvre continue pourtant à influencer les plus importants travaux sociologiques sur l'individualisme comme ceux d'Alain Erhenberg. A part « La civilisation des moeurs », on pourra lire avec beaucoup d'intérêt « La société des individus ».



## Les fondements du sentiment d'insécurité

**Vendredi 25 mai**

**Séance plénière - TABLE-RONDE**

Les fondements du sentiment d'insécurité

Didier ROBIN,

Psychologue, psychanalyste, systémicien.

Clinique Saint-Jean, Centre Chapelle-aux-champs, Bruxelles

*Propositions pour la construction d'une table ronde pluridisciplinaire et transversale.*

### *La thématique :*

la « sécurité » est devenue sans conteste une des préoccupations principales de nos sociétés démocratiques hypermodernes, confier à ce propos les sondages d'opinion mais aussi l'omniprésence du sujet dans les médias, les discours politiques... Les problématiques autour de la sécurité sont tout autant très représentatives des débats qui agitent les équipes en santé mentale et se retrouvent aussi présentes dans les discussions les plus triviales - par exemple entre amis - sur « l'état du monde » ou le réchauffement de la planète.

L'idée même de la nécessité d'une plus grande « sécurité » semble faire très vite consensus alors que ce que l'on entend par-là reste très flou, souvent extrêmement divers voire même contradictoire.

Néanmoins, l'enjeu politique est tellement important que, autant en Belgique qu'en France par exemple, il peut faire basculer le pari démocratique vers le retour à un « pouvoir fort » que peut incarner l'extrême droite ; « pouvoir fort » sécurisant en apparence mais générateur en fait d'une violence politique et sociale décuplée.

Par ailleurs, au niveau clinique, nous sommes aussi ramenés sans cesse à l'inflation du sentiment d'insécurité. Les manifestations multiples et envahissantes de l'anxiété et de la dépression suscitent d'innombrables tentatives spontanées de traitement : consommation généralisée de substances psycho-actives, recours addictifs aux nouvelles technologies, développement d'autres conduites « compulsives » ; de la série des

troubles alimentaires à l'hyperkinésie en passant par les automutilations, etc.

Comment s'y retrouver ? Dans son livre intitulé « Rassurer et protéger », l'historien Jean Delumeau distingue avec beaucoup d'intelligence la « sûreté » d'une part et le « sentiment de sécurité » d'autre part. La « sûreté » renvoie aux moyens objectifs qu'une société se donne pour assurer sa sécurité. Par contre, le « sentiment de sécurité » est tout à fait subjectif et repose sur de toutes autres déterminations. Ainsi, non seulement il n'y a pas de corrélations simples entre le niveau de sûreté d'une société et les sentiments de sécurité de ses membres mais, en plus, « sûreté » et « sentiment de sécurité » peuvent être en contradiction ou se présenter de manière paradoxale.

Illustrons cette complexité par quelques exemples :

- il est courant pour l'humain de devoir mettre sa vie en danger pour se sentir en sécurité. Cela va bien au-delà des conduites à risque des adolescents et renvoie à tous les exploits dont l'homme s'est rendu capable : vivre dans le désert ou sur la banquise, aller sur la lune ou faire le tour du monde à la voile en solitaire. Je me rappelle ce que me disait un ami faisant partie des spéléologues belges les plus expérimentés. Il lui fallait, pour supporter la routine d'une existence plutôt « sûre », prendre régulièrement des risques importants en explorant des cavités et des boyaux inconnus pour parfois expérimenter un profond

sentiment de sécurité en découvrant une grotte où aucun homme n'était jamais venu.

- L'affaire Dutroux a profondément influencé le souci protecteur des parents et dans le même temps la liberté de circulation des enfants. Il est bien possible que cela représente un certain gain en terme de sûreté, ce qui n'est sûrement (c'est le cas de le dire !) pas à négliger. Néanmoins, cela se paye aussi par une augmentation du sentiment d'insécurité d'abord par l'ambiance de suspicion généralisée que cela a engendré, ensuite parce que les enfants ont besoin d'une relative liberté de circulation pour pouvoir se livrer au plaisir de découvrir leur environnement et construire ainsi leur « sécurité de base ». Dans le même ordre d'idée, on rencontre fréquemment des enfants anxieux ayant des parents « surprotecteurs ». Ces parents assurent à leurs enfants une sûreté hors pair les protégeant de tous les dangers objectifs, ce qui peut s'avérer extrêmement angoissant non seulement par l'empêchement que cela représente de se construire ses propres limites devant les risques multiples que comporte nécessairement l'existence, mais aussi parce que cette surprotection n'est souvent que le reflet inversé de vœux ou de fantasmes infanticides.

- J'ai en analyse un cadre supérieur qui est devenu un spécialiste de la prévoyance. Il s'est constitué un patrimoine conséquent, a prévu tous les détails de sa pension... il est en plus sur-assuré contre tous les risques que les compagnies acceptent de couvrir - et il y en a de plus en plus ! Il en arrive, en séance, à constater que plus les risques « objectifs » semblent conjurés, plus son anxiété augmente. Devient manifeste pour lui qu'il y a une grande différence entre le registre de la peur et celui de l'angoisse. Sans compter que sa réussite pourrait bien exciter un secret « besoin de punition » (dernière formulation de Freud pour rendre plus explicite la notion de « sentiment inconscient de culpabilité »). A noter que le « besoin de punition » mis à l'oeuvre par le surmoi est fondé, toujours selon Freud, sur une « angoisse sociale » devant le risque de perdre l'amour de la « personne secourable » sans lequel la survie de l'enfant est impossible étant donné sa « détresse originaire » (les guillemets indiquent ici la reprise des formulations freudiennes). Il y a donc nécessairement un écart considérable - en même temps qu'une série de résonances - entre cette « angoisse sociale » historiquement constitutive du sujet, inscrite pour longtemps au coeur même de la topique intrapsychique, et les craintes justifiées que peuvent susciter les événements de l'actualité. Le degré de tolérance du surmoi, sa relative bienveillance ou au contraire sa férocité, prédispose à pouvoir affronter les coups du sort ou à les interpréter comme une punition méritée. Cette dynamique représente donc une coordonnée essentielle du fameux sentiment de sécurité.

Comme l'avancé Lacan, l'angoisse est peut-être le seul affect qui ne trompe pas. Dans ce sens, les sentiments d'insécurité sont certainement fondés et nous ne gagnerions rien à en contester la réalité. Mais la question reste malgré tout entière : sur quoi sont-ils fondés ? Sûrement pas sur une réalité reflétée par les faits-divers. On se rappellera qu'à la suite du meurtre de Joe, l'évidence apparente d'une agression par deux « maghrébins » mit en branle toute une série de représentations imaginaires sur les méfaits de l'immigration, la violence de la culture islamique, la passivité voire la lâcheté ou même une sorte de complicité des systèmes policier, judiciaire et politique... avant qu'on identifie deux coupables présumés polonais. Au XIXème siècle, du temps où des flamands pauvres venaient en Wallonie pour faire tourner l'industrie et devaient se satisfaire de conditions de vie déplorables, le même type de stéréotype circulait ; en l'occurrence, celui de l'assassin flamand armé d'un couteau.

Si c'est toujours sur la figure de l'étranger que se focalise le sentiment d'insécurité, le risque réel d'agression vient le plus souvent d'un proche. L'OMS constate que dans 70 % des cas, les femmes assassinées le sont par leurs compagnons. La plupart du temps, les abus sexuels sont le fait d'un membre de l'entourage. Dans les univers pacifiés des démocraties occidentales, les proches sont statistiquement beaucoup plus dangereux que les étrangers ! La « proximité » de l'ennemi dépasse même tout ce que l'on a l'habitude d'imaginer puisque le premier « prédateur » de l'individu démocratique ultramoderne c'est lui-même !

Les chiffres de la mortalité violente sont à cet égard particulièrement parlants. Il y a à peu près dix fois plus de décès causés par les suicides que par les homicides. Pour le dire autrement, en Belgique comme en France, les suicides représentent l'immense majorité des morts violentes intentionnelles, grosso modo neuf dixièmes !

Partant de la réalité des sentiments d'insécurité problématisée à la lumière des problèmes réels de sûreté, on essaiera donc de dégager la complexité de leurs fondements en associant plusieurs angles d'analyse.

Un fil rouge pourrait être la « précarisation du lien » correspondant au mouvement historique de l'individualisation, processus à double tranchant associant libération et fragilisation.

Cette « précarisation du lien » est très manifeste dans les sphères familiales et conjugales. Elle correspond à des troubles de l'attachement qui rendent l'être ensemble aussi problématique que la séparation. Dans les univers démocratiques et individualistes, alors que le niveau de liberté individuelle dépasse tout ce que les sociétés humaines précédentes ont pu connaître, tous les liens sociaux sont devenus de plus en plus précaires. Le sociologue Norbert Elias mettait en avant que le repliement de l'individu sur lui-même est le reflet du fait que tous les liens d'appartenance (conjugaux, familiaux, professionnels, communautaires, etc.) s'avèrent maintenant révoquables. Ils peuvent à tout moment être rompus ; ce qui est une profonde nouveauté anthropologique et est très logiquement la

source d'une insécurité fondamentale. On peut comprendre dès lors l'intérêt porté à soi-même puisqu'il s'agit de la seule relation que l'on soit sûr de conserver jusqu'à sa mort !

Si l'on en croit la théorie de l'attachement, sur laquelle s'appuie celle de la résilience, le sentiment de sécurité, la sécurité de base, se construit dans la relation à l'autre ; du lien sécurisé avec la mère à l'ouverture à un lien social fondé sur l'échange. Entre donner et recevoir, l'échange assure le lien tout en produisant l'estime de soi comme intériorisation de l'amour des figures de l'attachement, des « personnes secourables » qui nous ont permis de dépasser la « détresse originelle ». Il y a donc de bonnes raisons de penser que sécurité de base et estime de soi sont pour l'espèce humaine de quasi synonymes. A contrario, comme Freud nous l'a enseigné, c'est le trouble de l'estime de soi qui signe la dépression pouvant conduire jusqu'à

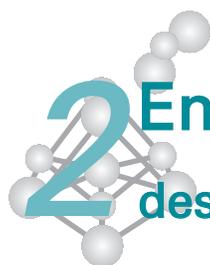
l'insécurité fondamentale de la mélancolie, quand l'ennemi le plus dangereux devient soi-même.

Y a-t-il, comme Pascal Bruckner l'a avancé, une mélancolie démocratique ?

Une mélancolie propre à un certain essoufflement de la démocratie ?

Auquel cas, la problématique du sentiment d'insécurité croiserait le plus étroitement clinique, social et politique. Et une certaine écoute des discours qui nous accompagnent quotidiennement (du JT aux propos entre amis, de nos séminaires à nos colloques) ne conduit pas vraiment à l'optimisme. Sommes-nous encore fiers du pari démocratique ? Suffisamment habités par l'idéal pour continuer à nous battre pour ses principes ? Dans le cas contraire, nous serions dans le plus grand danger, celui que représente la perte de l'estime de soi à l'échelle d'une civilisation.





## Engagement et résistances : des pratiques professionnelles à la question politique

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°2** Engagement et résistances :  
*des pratiques professionnelles à la question  
politique*

*Responsables d'atelier : Manu Gonçalves, Sylvia  
Di Matteo*

Sylvia DI MATTEO,  
assistante sociale.

Directrice des asbl Messidor et Wolvendael

Manu GONÇALVES,  
assistant social.

Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles

Nathalie THOMAS,  
psychologue, Équipe communautaire Méridien

Muriel VANDER GHINST,  
fopésienne.

Coordinatrice sociale de Lorébru

*« L'État social actif marque le passage d'un système de  
domination sociale à un système d'exclusion sociale.*

*L'individualisation de la charge sociale et la respon-  
sabilisation du sujet se traduisent par des vulnérabilités  
sociales et individuelles chaque jour plus nombreuses.  
L'heure n'est plus à l'utopie, mais au pragmatisme.*

*Il ne s'agit plus tant de poser un regard critique sur le  
monde que de s'y conformer.*

*Primauté de l'économique sur le social, ... »*

Quelques considérations parmi tant d'autres qu'il n'est pas rare d'entendre dans nombre d'institutions de tous ces secteurs qui composent aujourd'hui l'action publique en santé et dans le social. Des considérations qui s'énoncent dans le secret d'équipes qui sont les mailles des derniers filets de sécurités pour tant de citoyens et de non-citoyens.

Cela donne un spectacle où l'impuissance côtoie la tristesse.

Comme toile de fond, un modèle socio-économique

néo-libéral, mondialement dominant, où l'individu est atomisé, marchandisé, privatisé, ...

Ce décor s'accompagne d'un changement de postures quant à la conception de la solidarité : on est passé d'une logique « assurantielle » collective et mutuelliste où c'est la société qui est redevable aux personnes les plus fragiles à une logique de garantie individuelle contractualisée où les personnes vulnérables doivent activer capacités et compétences pour prouver qu'elles méritent cette solidarité.

Une nouvelle idéologie donc où le travail est devenu quasi l'unique vecteur de socialisation mais où la critique sociale et la dénonciation de l'indignité de certains emplois n'ont plus de place.

Sur la scène, des populations qui luttent au quotidien pour rester « dedans », pour ne pas être hors jeu et un secteur non-marchand qui sans s'en rendre toujours compte participe à la remarkandisation<sup>1</sup> des individus, à leur privatisation, voire leur psychologisation. Que l'on pense aux vocables en vigueur : plan activa, Centre public d'action sociale, contrat de projet professionnel, etc....

En coulisse, tous les exclus légaux, sans papiers, sans domicile fixe, sans emploi, chômeurs de longue durée ...

Et comme souffleur une politique gestionnaire qui présente les problèmes de société comme n'étant que des problèmes techniques et qui en oublie sa nature dynamique et non définitive.

Face à ces politiques gestionnaires contestables, on peut regretter le manque de répondant et de réaction des intervenants qui, sur le terrain, voient et entendent les effets dévastateurs de ces politiques.

... Un tel tableau comme préalable à un atelier sur l'engagement et la résistance n'est sans doute pas des plus encourageant. À moins qu'on ne pense aux nombreuses formes que prend aujourd'hui la critique de nos systèmes de société et les actions souvent originales qui en découlent. Ces initiatives sont le plus souvent citoyennes et c'est d'ailleurs le qualificatif qu'à leur tour utilisent les professionnels quand ils prennent une position aux possibles dimensions politiques.

Cette question de la liaison entre pratiques professionnelles et politique sera l'une de celles que nous nous proposons d'aborder dans l'espace de cet atelier.

Précisons d'emblée que notre volonté n'est pas de trouver des « coupables » qu'il suffirait d'identifier. Une telle approche par trop facile ne débouchera jamais que sur des solutions simplistes dont l'actualité nous donne de nombreux exemples.

Au contraire, il faut s'engager dans un véritable travail d'analyse qui seul pourra rendre compte de la complexité sociétale et à terme déboucher sur des modifications des modes de vie, de reconnaissance et de lien.

Sans doute dans un tel processus ne pourrons-nous faire l'économie de questions qu'il n'est peut-être pas exagéré de qualifier d'existentielles. C'est le pas à franchir pour sortir – et donc, risquer de perdre – nos vies d'individus sérialisés<sup>2</sup>, pour accéder à l'émancipation tant individuelle que collective ; celle-ci étant trop souvent réduite aujourd'hui à l'autonomie ou la liberté individuelle.

Constater, comprendre, analyser les conditions de vie inhumaines et injustes de tant de nos concitoyens.

Mais il importe aussi, pour les professionnels que nous sommes, de repenser la nature et le cadre de nos interventions, en adoptant une position critique sur soi-même et le monde qui nous entoure, sur nos propres références, une position qui participe à la création du lien social, familial, de quartier, au niveau associatif, et une position qui ouvre et qui est ouverte à un engagement politique en vue de transformer avec d'autres les conditions de sa propre existence.

Dans cette perspective, nous commencerons l'atelier en nous interrogeant sur ce manque de réaction,

d'implication diront certains, que nous observons toutes et tous dans nos différents lieux d'appartenance.

Pour une part, ce manque de réaction peut se comprendre : pris dans leur travail sur le terrain, souvent surchargés, les intervenants, même s'ils côtoient quotidiennement les conséquences des décisions politiques, ne voient pas toujours les leviers possibles d'une action politique.

Sans doute peut-on aussi y voir la force de la fiction néo-libérale qui enlève toute possibilité critique en ne laissant que ses seuls codes comme canal d'expression possible.

Ou encore peut-on y reconnaître une forme de ce possibilisme sud-américain qui dit que l'on doit se contenter de ce qui est possible, c'est-à-dire de ce que les instances dirigeantes nomment possible.<sup>3</sup>

Sans oublier le risque d'une prise de position, la crainte de sortir de son « mandat professionnel » et de se faire rappeler à l'ordre par les autorités.<sup>4</sup>

Peut-être pourrons-nous aussi nous rappeler que toute relation d'aide est traversée par une série de fantasmes : celui du soignant, du militant, du réparateur, de l'éducateur, du parent, du citoyen. Omettre de questionner ces fantasmes peut nous faire passer d'une position où l'on se met au service d'un individu, d'un sujet, d'un citoyen à qui il faut restituer la maîtrise de sa destinée, à une position d'assujettissement de la personne.

Au plus proche de nos pratiques, la logique gestionnaire fait une place centrale au management, à l'évaluation, à la standardisation, mettant à mal le cadre de référence des soignants et des accompagnants.

On pourra questionner la vocation de ces nouvelles logiques : aider les intervenants à modifier leurs attitudes pour le meilleur bénéfice de l'utilisateur ?

Ou formater celui-ci pour qu'il corresponde à la définition qui est donnée de lui dans un ailleurs bien loin de sa réalité ?

La place de l'utilisateur, légitimement réclamée, n'est bien souvent qu'un strapontin servant à masquer la sectorisation des services, la formalisation des réseaux et l'absence d'une réelle volonté de dialogue entre certains professionnels, certains décideurs et les bénéficiaires.

La liste des chausse-trappes à éviter pour ceux qui veulent conjuguer leur action de professionnels avec une action politique est longue mais force est de constater que de plus en plus aujourd'hui émergent des initiatives variées qui toutes ont en commun de s'inscrire en décalage par rapport aux tendances dominantes de l'aide et du soin.

Ainsi, de plus en plus de voix se font entendre aujourd'hui au sein du secteur non-marchand et plus particulièrement celui de la santé et de la santé mentale pour tenter de redonner à ces dernières une dimension politique, pour tenter de re-politiser la santé.

Politique s'entendant ici au sens étymologique de

« *gestion de la vie dans la cité* », gestion collective du bien public. Il s'agit de remettre la santé mentale au centre du débat politique en l'articulant avec toutes les autres dimensions, sociale, culturelle, économique, ... qui constituent un individu en lien avec son environnement.

Pour nous accompagner dans nos réflexions lors de cet atelier, des intervenants qui chacun à leur manière prennent position dans ce débat : professionnels de la santé, chercheurs, seuls, en équipe, en groupe, dans et hors institution. Et des discutants, qui veilleront à garantir que la parole circule dans toutes les directions sans se perdre.

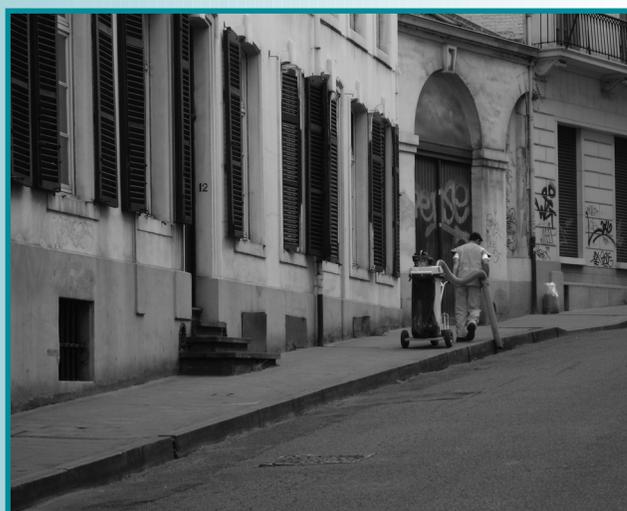


1. Pour reprendre la très juste expression de Madame Vielle. Repères pour comprendre l'Etat social actif : *Historique de la Sécurité Sociale in L'Etat social actif, un concept libéral pour un social à la marge ?* Actes de la journée d'étude organisée par la Fédération des Centres de Service Social et par la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires le 19 septembre 2002.

2. Miguel Benasayag et Diego Sztulwark. *Du contre-pouvoir*, La découverte/Poche Essais 2002

3. Idem

4. Souvenons-nous des propos du Ministre de l'Intérieur qui, en 2006, a menacé de poursuivre les citoyens qui apportaient une aide aux sans papiers en difficulté.





## Santé mentale en contexte social - Précarités : la souffrance psychosociale bouscule les professionnels...

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°3** Santé Mentale en contexte social - Précarités :  
*la souffrance psychosociale bouscule les professionnels...*

*Responsable d'atelier : Dr. Luc Colinet*

Dr. Luc COLINET,  
thérapeute systémique au S.S.M. Le Méridien,  
coordinateur Santé Mentale et Précarités (LBFSM)

Il apparaît de plus en plus aux praticiens et aux travailleurs sociaux, les premiers interpellés, que la problématique de la santé mentale s'étend aujourd'hui à la question du trouble, à la question de la souffrance, et comme le dit Jean De Munck « *il faut prendre ça très au sérieux, ce n'est pas simplement une mode ou une dérive du champ de la santé mentale, plus profondément ça annonce une transformation et ça participe d'une transformation de la question sociale.* »

Des conditions de vie précaires liées parfois à une histoire faite de traumatismes, d'injustices, de ruptures,... entraînent une grande souffrance psychique chez un nombre de plus en plus important de personnes. Cette souffrance qui apparaît sur les lieux du travail éducatif et social rend celui-ci plus difficile voire impossible. Elle contraint ceux qui la reçoivent à développer leur écoute en articulation avec les soignants spécialisés. (V. Colin - J. Furtos)

Les premières personnes concernées par cette précarité sont celles qui s'inscrivent dans une histoire de pauvreté depuis plusieurs générations, ceux du « quart monde » comme on dit. Ces personnes et familles nous interpellent singulièrement parce qu'elles vivent très souvent en situation d'exclusion sociale (mauvaise réputation au niveau des voisins, des commerçants du quartier, de l'école, de la police, de la justice, des services sociaux,...) alors même qu'elles mobilisent généralement un grand nombre d'intervenants sociaux.

Elles présentent un certain nombre de « non-maîtrises » qui sont autant d'obstacles à l'insertion sociale et au changement.

Parmi celles-ci, les plus importantes semblent être :

- a/ **La non-maîtrise du « savoir »** : certains ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer... mais font preuve de pas mal d'astuces pour masquer ces déficits.
- b/ **La non-maîtrise des moyens d'action sur la réalité** : la personne pauvre se sent souvent maîtrisée par les événements extérieurs. Les décisions se prennent en dehors d'elle. Le pauvre est en situation de dépendance. Il développe bien souvent des sentiments de fatalité.
- c/ **La non-maîtrise du temps** : même si le temps peut s'inscrire dans une certaine durée (projet de fonder une famille, attente du retour d'un enfant placé,...), la préoccupation essentielle est celle de l'immédiat, de la survie.
- d/ **La non-maîtrise de l'activité** : quand il y a un travail il est mal rémunéré et très instable. Le plus souvent il est cyclique. Il permet de couvrir un besoin immédiat ou encore il s'agit d'un système de « combines » qui ne tient pas longtemps.
- e/ **La non-maîtrise des relations avec autrui** : comme tout homme le pauvre a besoin d'être reconnu mais il a beaucoup de difficultés pour créer de vraies relations. Il a souvent peu confiance en lui et honte de sa situation.

La majorité des enfants se retrouvent dans l'enseignement spécialisé dès les premières années primaires. Très souvent les parents ont été placés au cours de leur enfance, et les enfants connaissent eux-mêmes des périodes plus ou moins longues de placement dans des institutions ou des familles d'accueil.

La pauvreté économique en tant que telle n'est pas responsable de l'apparition de troubles mentaux, mais les conditions de vie, liées aux « non-maîtrises » dont nous parlons ci-dessus, peuvent entraîner d'importants problèmes existentiels et une souffrance psychique non négligeable (stress quotidien, vulnérabilité psychique, dépression, résignation, déni, ...).

La confrontation aux normes stigmatisantes, invalidantes, entraînent l'intériorisation d'une identité négative, une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et de honte.

*« Rares sont les personnes qui peuvent jouir d'une bonne santé mentale si elles ont une image souillée d'elles-mêmes, si elles se dévalorisent et qu'elles ne croient pas qu'elles valent quelque chose pour les autres » (Michel Tousignant).*

Jusqu'il y a quelques années les choses étaient relativement claires, dans la société il y avait les pauvres et les non-pauvres, les intégrés et les non-intégrés, les inclus et les exclus,... globalement les personnes étaient dans des états stables. Pour Jean De Munck, ces états stables se sont mis tous à trembler, pas seulement du côté des pauvres mais aussi du côté des autres, des inclus, des intégrés. On est entré progressivement dans une problématique de la précarité, c'est-à-dire d'état relativement instable, au bord du gouffre pour ainsi dire... gouffre dans lequel on risque à tout moment de tomber.

Le nombre de personnes dont les conditions de vie sont devenues précaires, instables (chômage, précarisation du travail, difficulté à trouver un logement, insécurité, ruptures affectives, isolement,...) ne fait qu'augmenter. Chez un grand nombre de ces personnes se développe une souffrance psychique en lien avec la situation sociale, que nous qualifierons de souffrance psychosociale.

Malgré le fait que l'état social ait essayé de répondre à ces situations de précarisation par la distribution de ressources, ressources monétaires, ressources de logement, d'écoles spécialisées et services spécialisés, cette politique n'a pas empêché la dislocation du lien social, l'affaiblissement des solidarités, la montée des incivilités et de la violence sociale, car ce qui est en jeu souvent ce sont des schémas institués de comportements de discriminations, de non-reconnaissance, de stigmatisation (Jean De Munck).

Dans cette même optique il nous semble important de faire écho ici au travail effectué par Jean-François Lavis et Serge Faelli à propos du développement de plus en plus important de ce qu'ils appellent le collectif abstrait. Celui-ci peut se définir comme un ensemble de lois et réglementations classant les personnes en catégories administratives prédéterminées. Les rubriques sont nombreuses : chômeurs, minimexés, invalides, handicapés,... Si l'assignation officielle de la catégorie donne droit à des avantages et des protections, elle ne va pas sans stigmatisation et entraîne une énorme dépendance et un sentiment d'inutilité.

L'individu est pris entièrement dans ce collectif abstrait. Il est dépendant.

Parallèlement, la société actuelle l'individualise d'avantage. La pauvreté, la précarité est vue avant tout comme un problème individuel, résultat d'une somme de facteurs individuels isolés sous forme de manque, de carences. L'inscription dans un rapport social et un ordre économique libéral est bien souvent éludé.

Cette souffrance psychosociale s'impose donc aux acteurs éducatifs et sociaux (éducateurs, professeurs, travailleurs sociaux,...) ainsi qu'aux soignants spécialisés, elle s'exprime sur les lieux du travail éducatif et social. Les situations marquées par cette souffrance apparaissent le plus souvent comme le dépôt d'un vécu pénible des personnes, dépôt effectué dans la relation avec l'intervenant et qui « empêche » son travail. Elle oblige celui qui reçoit l'expression de cette souffrance à reconsidérer sa manière d'agir, à faire l'expérience de ce que cela l'empêche d'accomplir son activité sur le mode habituel.

*« L'intervenant est mis en demeure de répondre à cette souffrance par une attitude compréhensive qui est dans une suspension des causalités et une suspension de l'agir. » (V.Colin-J.Furtos)*

L'enjeu ici est la reconnaissance de l'autre comme sujet, comme être vivant parmi ses semblables.

Une des constantes de cette clinique psychosociale est le malaise de l'intervenant, son sentiment d'impuissance. La relation elle-même est en souffrance et l'intervenant, lui-même, qui tente de la faire vivre. Cette souffrance portée est vécue et interprétée comme le signe du mal-être de l'autre.

Les travailleurs sociaux sont familiers des situations de pauvreté mais ils sont souvent démunis dans la confrontation aux différentes formes de souffrance qu'ils rencontrent et qui prennent rarement la forme de demandes explicites. De plus en plus d'organismes d'aide tels que CPAS, Services sociaux divers, Aide à la Jeunesse, Centres PMS,... en viennent à « contraindre » les personnes à voir un psychologue, à se faire « soigner ». On glisse alors vers une condition supplémentaire pour « avoir droit à... ». Mais comment la personne prise dans ce collectif abstrait, dont on parlait plus haut, peut-elle retrouver une parole authentique, une parole à soi qu'on essaie de faire émerger dans un processus psychothérapeutique ? De plus, bien souvent, les pauvres ont un préjugé défavorable vis-à-vis des psychologues et des psychiatres. Ce qui est bien compréhensible au vu des circonstances dans lesquelles se sont passées des rencontres précédentes dans leur histoire : échec scolaire, orientation en enseignement spécialisé, décision de justice suivie de placement, internement pour alcoolisme ou violence,...

Les soignants psys sont sans doute « experts » en matière de souffrance psychique mais ils semblent très mal à l'aise avec ces situations de souffrances apparues sur les lieux du social et qui leur sont envoyées sans qu'il y ait une demande personnelle exprimée. Ces sollicitations en provenance du social viennent bousculer leur cadre habituel de travail, le remettre en question.

Les acteurs sociaux et soignants spécialisés sont amenés à développer des pratiques se situant à l'articulation du sujet et du collectif, de l'individuel et du social. Des acteurs de divers horizons se sont engagés : éducateurs, travailleurs sociaux, cliniciens, associations de quartier, intervenants locaux avec des compétences composites associant plusieurs références d'expériences ou de connaissances. Le travail en réseau, le partenariat, les dispositifs de proximité, d'accueil et d'écoute, les interventions mobiles, les actions communautaires et d'autres innovations cliniques ont conduit ces dernières années à réduire pratiquement certains écarts existants entre le dispositif d'action publique et la situation des personnes en grande difficulté. La présence d'une « personne relais » lors des premiers entretiens avec un psy par exemple apparaît souvent primordiale : personne-relais qui est une personne-partenaire qui est là pour soutenir la parole et faciliter la rencontre.

Des lieux d'intervention entre psy et non-psy se sont développés. Le partage et l'analyse des expériences d'intervention peuvent aider à mieux comprendre ce que vivent les personnes en situation de précarité. L'articulation avec des apports théoriques permet de trouver ce qui peut servir de point de repère et de support dans le travail au quotidien. Cette mise en commun permet aussi de lutter contre une certaine forme de découragement et de sentiment d'impuissance.



**Benasayag M. et Schmit G.** *Les passions tristes : souffrance psychique et crise sociale.* La Découverte, Paris, 2003, 2006.

**Clark H.** *La vulnérabilité sociale.* Exposé fait dans le cadre de journées de formation à la Clinique Saint-Joseph, Service de pédiatrie de Lobbes, 09/01/96

**Colin V. et Furtos J.** *La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine,* in M. Joubert et Cl. Louzoun, Répondre à la souffrance sociale, ERES, 2005.

**De Munck J.** discours inaugural de la formation « *Santé Mentale en contexte social : interculturalité et précarité* », S.S.M. Le Méridien, 13/01/2006

**Faelli S. et Lavis J.F.** *La psychiatrie sociale : langages et exercice dans la transition culturelle,* Acta Psychiatrica, 1998.

**Joubert M.** *Souffrances morales et question sociale : un enjeu de reconnaissance,* in M. Joubert et Cl. Louzoun, Répondre à la souffrance sociale, ERES, 2005

**Tousignant M.** *Les défis pour une nouvelle solidarité sociale,* Confluences, n°10 juin 2005, Institut Wallon pour la Santé Mentale, Namur.



# 4 Les Réseaux : des dispositifs thérapeutiques ou pathogènes ?

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°4** Les Réseaux : *des dispositifs thérapeutiques ou pathogènes ?*

*Responsables d'atelier : Marie-Cécile Henriquet -  
Dr. Marc Segers*

Marie-Cécile HENRIQUET,  
psychologue, psychothérapeute,  
coordinatrice du SSM Le Méridien, à St Josse (Bruxelles).  
Formatrice en Thérapie Familiale  
et Intervention Thérapeutique Systémique au CEFORES (UCL).  
Membre du « Groupe Institutions »,  
à Woluwe, Chapelle-aux-Champs (Bruxelles)

Le propos de l'atelier sera de partager quelques réflexions, questions et pistes de travail. De mettre en débat certaines questions à propos d'un travail en réseau qui, systématisé et trop standardisé, pourrait, aux yeux de certains professionnels, virer progressivement au quadrillage social et sécuritaire de certains citoyens... et se mettre, plus ou moins à l'insu des soignants, au service d'une société propre et politiquement correcte...

Alors que depuis les années cinquante, nombre d'auteurs, sociologues, anthropologues et soignants de divers champs ont déployé recherches et innovations cliniques (institutionnelles et psychothérapeutiques) à propos des réseaux primaire et secondaire (Barnes, Anzieu, Desmarais,...), des systèmes humains (la famille, les groupes sociaux, et même l'entreprise – Bateson, Speck, ...), cette dernière décennie a vu la floraison d'initiatives politiques tendant à présenter la rationalisation du « travail en réseau » comme « LA solution » à nombre de problèmes et de questions posés par les limites des dispositifs « classiques » de soins, dans une société en mutation. En réaction sans doute aussi à une réalité sociale de plus en plus féroce : solitude, familles monoparentales, exils et migrations en hausse – mobilité...

Le « Petit Robert » (membre à vie de notre réseau primaire) nous rappelle quelques définitions du « réseau » :  
- tissu à mailles très larges, filets (rêts)  
- par extension : ensemble des voies de communi-

cation, des conducteurs électriques, des canalisations etc qui desservent une même unité géographique (postal, égouts, téléphonique et donc internet, transports...)

- par extension encore : organisation clandestine formée par un certain nombre de personnes en relation directe ou indirecte les unes avec les autres et obéissant aux mêmes directives. (espionnage, résistance etc).

Cette dernière définition soulève quelques points : qui y appartient ? Qui non ? Qui dirige ? Quelles sont les règles de fonctionnement ? Quelles finalités ? Qui définit quel réseau ? Toutes pistes à suivre dans notre réflexion...

S'il est utile de faire la distinction entre le réseau primaire d'une personne (relations familiales, sociales, informelles ou non) et le réseau secondaire (les professionnels de différents champs : enseignement, santé, administration,...) il sera surtout essentiel pour notre propos de distinguer ce qu'on peut appeler **un réseau « désigné »** mis en place dans le cadre d'une (ou de plusieurs) politique(s) de santé, et ce qui constituerait **un réseau « convoqué »** activé informellement et de manière parfois erratique et sporadique par les patients eux-mêmes et leurs proches.

Comment s'articulent ces deux tissages ? Comment s'enchevêtrent-ils ou se contredisent-ils ? S'avèrent-ils thérapeutiques ? A quelles conditions ?

Peuvent-ils au contraire s'avérer pathogènes, provoquant ou amplifiant cela même qu'ils cherchent à soigner, à soulager ?... Dans quel contexte ? De manière un peu provocante, irait-on jusqu'à dire que, pour rester vivant, le réseau « invité » par le patient, pourrait parfois être amené à entrer dans la clandestinité ?...

## Les réseaux « désignés »

### 1.

La réforme de la psychiatrie, en cours ces dernières années au niveau fédéral a conduit à la fermeture de lits psychiatriques (en Flandre surtout) et s'est proposé de mettre en place de nouvelles propositions de soin. Ont été ainsi élaborées les notions de « réseaux et circuits de soins », où il s'agit d'orienter les patients, selon les groupes cibles, dans des circuits pré-définis. Cette proposition a été actuellement reprise et tout récemment mise en oeuvre sous la forme dite des « projets thérapeutiques ».

Il s'agit ici de viser des « cibles » (les patients), sur base de leur âge, ou d'une problématique spécifique (on pense aux toxicomanes, aux justiciables, aux enfants autistes, etc). On s'adresse donc à des groupes de patients, désignés, voire étiquetés... diagnostiqués selon les critères bien connus de l'incontournable DSM... et rassemblés sur un territoire donné, en l'occurrence les Régions.

Ces réseaux basés sur les « cibles » ont bien comme finalité une rationalisation des soins, une plus grande efficacité des soins proposés, et la meilleure adéquation possible à certaines catégories de malades.

Qui dit rationalisation sous entend toujours peu ou prou des aspects économiques qui se délient parfois tout à fait du « bien » des patients (qui se distinguent justement bien souvent par leur « irrationalité »). Rationalisation qui comporte bien souvent aussi en « sous-marin » des injonctions cachées de contrôle social d'une population dont pour une part la problématique est justement d'échapper à tout circuit prédéterminé, et qui de manière singulière, amène les professionnels de tous styles à « bricoler », inventer de nouvelles manières de faire et d'être dans chaque situation.

### 2.

Parallèlement, des Réseaux de Santé se sont mis en place dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Ils se définissent comme une **forme organisée d'action collective** apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné.

« Besoin de santé » : il ne s'agit plus ici d'organiser un partenariat autour de « groupes cibles », mais plutôt de thèmes, de problématiques (« précarité », urgence...) partagées par des individus ou groupes diversifiés, et par des groupes de professionnels concernés : précarité et santé mentale, urgences, diabète etc.

Ce type de réseau répond plus aux besoins bien légitimes de travail en partenariat des professionnels,

mais peu directement à ceux des usagers, qui, eux, ne sont pas nécessairement regroupés (surtout en matière de santé et/ou de maladie mentale) autour de la problématique qu'ils partagent pourtant.

Ces réseaux - subventionnés - ont donc le mérite de soutenir des professionnels dans l'élaboration de pratiques communes (intégrées ?). Notons que ces pratiques de concertation, coordination sont une caractéristique historique du secteur de la Santé Mentale ambulatoire, et ne sont donc pas du tout innovantes ! Mais leur structuration, et leur subventionnement, permet d'offrir à une série de professionnels un espace et du temps où ils peuvent se détacher des contingences immédiates liées au travail avec un patient particulier, et confronter leurs pratiques, en s'attaquant aux représentations parfois rigides et caricaturales qu'ils ont les uns des autres. Une ouverture donc pour que différents champs de la vie de la cité se rencontrent, apprennent à se connaître de manière plus systématique.

A côté de ces deux types de conception de « réseaux désignés », tous deux territorialisés (« groupes cibles » et « thèmes ») arrêtons-nous maintenant à une toute autre conception du réseau : celle basée sur les relations (et spécifiquement sur les relations significatives).

## Les réseaux « convoqués »

Dans notre travail quotidien, le réseau, significatif pour nos patients comme pour nous-mêmes, n'est pas celui dans lequel nous sommes délégués officiellement (les « réseaux désignés » décrits ci-dessus) mais celui dans lequel nous sommes immergés et partie prenante = c'est le « **réseau convoqué** », voire « imposé », toujours changeant, celui où nos patients, nos clients, les usagers, nous invitent, nous convient (parfois avec beaucoup de fermeté !!!) celui qu'ils construisent, parce que leurs relations sont significatives avec nous tous (peu ou prou) et qu'ils nous « prient », souvent même à leur insu, d'apporter notre part contributive à leur mieux être, et si possible, de leur donner un peu de cohérence dans les aides que nous prétendons leur offrir...

« Nous »... Ce peut être beaucoup de personnes, issues de champs très divers du tissu psycho-social : les « pros » de tous bords mais aussi l'associatif, les voisins, la paroisse, la mosquée...

Nous, les soignants, dès lors que nous acceptons d'être ainsi « convoqués avec » tant d'autres personnes, avons à être sans cesse en mouvement dans les contacts avec nos patients et nos partenaires, impliqués par nos propres sentiments, valeurs, lassitudes et enthousiasmes, compétences et références théorico-cliniques, et nous avons ainsi à nous débrouiller au mieux dans nos entreprises à visée thérapeutique et dans l'activation d'un « travail à plusieurs ».

Plus facile à dire qu'à faire : en effet, il ne suffit pas de se parler, de se téléphoner, ou même de se rencontrer. Il ne s'agit pas seulement de se « distribuer le boulot » et de parler ensemble, ce qui n'est qu'une première approche, pragmatique, de travail en partenariat.

Il s'agit bien d'arriver, sur base des compétences, mandats, et part contributive de chaque intervenant, à constituer progressivement un réseau mobile, vivant, qui puisse être thérapeutique, remplir une **fonction soignante**, où les patients, clients, usagers, ont une place active à tenir. Cette fonction soignante n'est en effet pas l'apanage des soignants officiels, médecins, psychologues, AS, infirmières etc., mais est bien l'affaire de tous : des professionnels des différents champs, social, éducatif, judiciaire, scolaire, et bien sûr du patient lui-même et de ses proches.

Les patients nous **convoquent** donc diversement, nous imposent de manière plus ou moins directe, de nous mettre ensemble – que nous le voulions ou non. Qu'ont-ils à faire, eux, de toutes les nuances que nous apportons à nos mandats, nos missions ? Quand tout se morcelle, que la famille éclate, qu'on perd son logement, que les allocations familiales sont coupées, que la police débarque jour et nuit parce qu'on n'arrive plus à vivre ensemble, quand des voix venues de Dieu sait où vous intiment de prêcher à la Grand'Place ou de poignarder votre voisin, comment se rappeler que c'est au CPAS qu'il faut aller le matin, puis au Service d'Aide à la Jeunesse (permanences l'après midi), puis sur rendez-vous chez son psychiatre..., sans compter le courrier jamais ouvert ...

Alors, il faut bien s'y mettre ensemble, et tenter de constituer ce qu'en suivant la modélisation des systèmes humains du Professeur Etienne Dessoy, on peut appeler « **un collectif de travail capable d'incarner la dimension de communauté solidaire** » .

C'est en effet cette communauté humaine qui va faire soin, dans la gestion réfléchie de ses antagonismes, au profit de la restauration de la dimension de confiance relationnelle...

Organisé en deux temps, l'atelier « réseaux », va s'efforcer d'élaborer d'abord les concepts et fils conducteurs soutenant les différentes logiques de soins en présence : entre la programmation de l'OMS en matière de travail en réseau de soin, et ce que nous dit le sujet passé à « la moulinette du social »... Où est le pathogène ? Où est le thérapeutique ? Comment penser cela ? (Pablo Nicaise, Marc Segers, Jean Oury). En un second temps, nous nous mettrons à l'épreuve de la recherche, de l'action réticulaire, de l'éthique, réfléchissant ensemble aux écueils et pièges du nécessaire travail en partenariat : méconnaissance des autres champs professionnels, représentations figées, refilage de « patates chaudes », combat contre nos propres fantômes,... (Luc Blondieau, Florence Fauconnier, Isabelle Delière).

Les débats et réflexions seront synthétisés en fin d'après-midi à l'aide des interventions d'Etienne Dessoy, Gilles Bibeau et Pierangelo Di Vittorio...





## Santé Mentale et Artifices

Vendredi 25 mai

ATELIER n°5 Santé Mentale et Artifices

Responsable d'atelier : Dr. Antoine Masson

Dr. Antoine MASSON,  
psychiatre, psychanalyste, S.S.M. Chapelle-aux-Champs.  
Chargé de cours à l'U.C.L. et aux F.U.N.D.P.-Namur

Nous empruntons la notion d'artifice au philosophe Frank Tinland. Dans son texte *Du mode d'existence de l'être humain*, il tente d'abord de préciser « comment, à partir [du] socle de déterminations préhumaines, peut prendre forme une existence humaine. Comment peut se structurer, s'informer et émerger un être capable de modalités d'existence qui, elles, manifestent des capacités relationnelles hautement singularisées par rapport à toute autre ? [...] ces modalités [singulièrement humaines] de rapport avec l'ordre des coexistants s'opèrent selon au moins trois registres [...] l'ordonnement et le déchiffrement de l'expérience [le signe] ... ; la structuration des relations [la règle] ... ; l'appropriation des ressources offertes par le monde [l'outil] ... »<sup>1</sup> Tinland poursuit en montrant qu'une telle singularité de l'homme ne tient pas à un perfectionnement de l'organisme — l'homme étant au contraire devenu un être immature, un néotène — mais plutôt à la reprise de l'héritage biologique dans un autre ordre de réalité, celle des « artifices » que l'homme produit et qui lui donnent forme en retour. La spécificité du mode d'être de l'homme est donc « l'enracinement de ces trois modalités relationnelles dans une même condition (au sens où l'on parle de condition humaine), c'est l'objectivation du signe, de la règle et de l'outil à partir des pratiques humaines — de l'art (ou artifice) au sens le plus général que peut revêtir ce terme. L'existant humain extériorise et objective ainsi des formes et de l'information à partir desquelles surgissent des modalités nouvelles d'organisation et structuration d'objets et de flux prolongeant, utilisant, servant l'héritage de la vie et des morphogenèses biologiques. En même temps, ce qui trouve son principe dans les activités humaines fait basculer cet héritage, dans un autre « ordre », sans doute aussi porteur de risques nouveaux de désordre. »<sup>2</sup>

C'est dans ce nouvel ordre de l'artifice que se jouent les enjeux de la santé mentale : être en bonne **santé mentale**

consisterait à pouvoir créer des motifs de soi-même et de son désir dans l'espace des artifices produits par l'homme et qui disposent en retour sa condition. C'est donc à travers la technique entendue au sens large — y compris les techniques de la langue, de la loi et de la justice, ainsi que les techniques de la mémoire qui disposent le socle ou humus de l'existence humaine — que l'homme se forge sa santé comme capacité à se donner forme à travers ses propres productions. Une telle possibilité est sa force et sa fragilité. L'évolution de l'humanité de l'homme est dès lors, comme l'a montré Bernard Stiegler, scandée par les grandes mutations techniques qui viennent à suspendre l'état de fait dominant ou l'ordre établi. Cependant, afin que cette mutation fasse véritablement époque et permettent de nouvelles formes d'individuation psychosociale — c'est-à-dire aussi de nouvelles formes de santé et de nouveaux périls —, « il faut que la société opère une *seconde* suspension [par laquelle] ... s'élabore une pensée nouvelle se traduisant par de *nouveaux modes de vie*, [...] s'affirme une volonté nouvelle d'avenir, établissant un nouvel ordre — une civilisation, une civilité réinventées. »<sup>3</sup>

L'hypothèse sur laquelle se déploiera les travaux de l'atelier est donc la suivante : nous sommes aujourd'hui dans une période de mutation des technologies de la langue, de la politique, du droit, des machines et appareils, des modes de stockage et de manipulation de la mémoire, des technologies de management et du « coaching » des comportements. Elle nous amène à poser de manière originale les enjeux de la santé mentale comme capacité à déployer singularités au sein même de ces nouveaux contextes.

Tout comme Bernard Stiegler examine « ce qui empêche que s'accomplisse ce double redoublement comme invention de nouveaux modes de vie,

empêchement qui induit la décadence des démocraties industrielles », il s'agirait, pour les acteurs de la santé mentale, d'examiner ce qui aujourd'hui piège ou malmène les sujets qui nous consultent. Qu'est-ce qui, à l'occasion, les enlise dans l'ornière, les expose au malaise, les empêche de se retrouver, les exproprie de leur moyens propres, les laisse sans motifs ni raison d'espoir, si ce n'est dans le sursaut mortifère ?

Mais il serait désastreux de s'arrêter à ce seul constat. À l'instar de Bernard Stiegler pour qui il s'agit de soutenir de nouveaux *motifs* et donner consistance à de *nouvelles raisons d'espérer*, il s'agirait, pour les acteurs de la santé mentale, d'ouvrir à permettre de nouvelles capacités de soutenir son désir et la consistance de soi-même à travers les mutations des productions humaines, et d'étayer ainsi la capacité à se faire une santé.

### Le titre de l'atelier

laisse entendre ce **double questionnement**.

D'une part, quels sont les effets de la mutation des productions d'artifices sur la santé mentale des sujets qui nous consultent ou que nous rencontrons ?

D'autre part, comment les acteurs du secteur de la santé mentale peuvent-ils promouvoir une santé renouvelée à partir de ces nouveaux contextes d'artifices ?

### Les interventions de l'atelier

s'inscriront ainsi dans les suites des conférences de **Roland Gori**<sup>4</sup> interrogeant « *le nouveau sujet de la santé mentale* » (voir encadré p. 34) et de **Dany-Robert Dufour**<sup>5</sup> décrivant la manière dont le néotène qu'est l'homme se fait « *Prométhée déchaîné* » (voir encadré p. 34).

Chaque contribution à l'atelier posera dans un premier temps une dimension de ces productions humaines d'artifices, pour interroger dans un second temps comment cet environnement donne forme en retour, parfois en ouvrant des possibles, souvent en générant de nouveaux malaises. Un troisième temps soutiendra une élaboration en commun sur les nouvelles missions de la santé mentale qui se dessinent dans cette conjoncture. Comment pouvons-nous aider les sujets à soutenir leur singularité, leurs motifs et leurs raisons d'espérer dans un nouvel environnement ? Comment inventer et ouvrir ces possibilités de redoublement des mutations de l'époque afin d'y permettre des effets de santé pour de nouvelles individuations psycho-sociales ?

La tâche est fondamentalement constructive, même si temporairement, il est nécessaire de résister, de refuser d'être de simples auxiliaires de certaines logiques risquant d'hypothéquer la subjectivation et la construction du sens. L'enjeu serait d'être à la fois hardiment tournés vers le futur, en maintenant la vigilance afin d'éviter les nombreuses ornières, trompe-l'oeil, illusions ou mirages contemporains.

**Pierre Marchal**<sup>6</sup> interrogera l'apparition récente dans le champ politique du concept de *gouvernance* en lieu et place de celui, traditionnel, de *gouvernement*, et de là, l'articulation entre ces *stratégies de gouvernance* et la *santé mentale*.

En mettant l'accent sur la gestion des ressources humaines, plutôt que sur la responsabilité de gouverner, ce concept induirait une nouvelle forme de (dé)liaison sociale. La soumission à un tel dispositif exposerait à la dérive allant de l'abandon progressif du discours du maître où un sujet risque son énonciation, vers l'adoption d'un discours de la science d'où tout effet-sujet est forclos et où les énoncés ne se soutiennent que de la cohérence dans laquelle ils s'inscrivent. Seront interrogés les effets d'une technique de gouvernance visant l'efficacité et dont l'*outil* de prédilection est l'évaluation statistique.

Face à une telle perspective et un tel risque, comment penser la tâche de la santé mentale : ne risque-t-elle pas de disparaître en tant que ce champ spécifique soutenant la santé d'un sujet capable de s'énoncer ? Ne risque-t-elle pas d'être remplacée par une démarche, plus *adéquate à la gouvernance*, consistant à paramétrer objectivement la stratégie d'intervention, à réinterpréter les souffrances psychiques comme des épiphénomènes liés à la pauvreté, voire à la précarité sociale ? Telle serait l'alternative ouverte par cette intervention : en tant qu'acteurs de la santé mentale serons-nous en mesure de proposer une nouvelle dimension singulière ou deviendrons-nous un rouage de la bonne gouvernance ?

**Dan Kaminski**<sup>7</sup> interrogera les outils nouveaux dans le domaine de l'action pénale en tant qu'ils entraînent diverses mutations dont la *contractualisation de la peine* : « alors que la peine constitue la décision juridique apparemment la moins négociable qui soit, une atmosphère consensuelle l'enrobe comme une brume » dans laquelle Dan Kaminski propose de s'avancer. Il en interrogera d'abord les effets : « Si le justiciable assume depuis la période moderne une forme institutionnalisée de responsabilité *pour son crime*, la contractualisation contemporaine du droit pénal a pour effet de faire porter par le délinquant la responsabilité *de sa peine*. » Il s'agira ensuite d'explorer la « brume des légitimations de cette mutation », de dégager « la figure d'assujettissement pré-moderne (et non post-moderne) » que cette contractualisation implique : celle de « *l'allégeance, soit l'obéissance à son propre engagement et non à la parole de l'autre* ». Les individus ainsi contraints par la justice se trouvent soumis à un mode de subjectivation dont il s'agira d'esquisser les contours : désormais chacun n'aura plus qu'à « *Ne s'en prendre qu'à soi-même* », expression qui souligne la disparition de l'autre. Derrière cette dernière formule, nous pourrions entendre « divers diagnostics le plus souvent critiques de l'individualisme », mais Dan Kaminski déplace les enjeux : il s'agira de penser cette nouvelle solitude contemporaine comme un effet de la « soustraction active de l'autre, se rendant inconsistant dans sa décision ». Il ne s'agira donc pas tant d'un « trait subjectif du patient

ou du justiciable » mais d'un effet de ce à quoi il est soumis.

Cela ouvre aux enjeux de l'articulation entre le champ de la santé mentale et les discours juridiques : la mission est-elle de permettre à l'individu de pouvoir tenir son contrat ou bien plutôt de permettre une rencontre, de rétablir une confrontation subjectivante à l'autre ? On assisterait alors à une étonnante redistribution des rôles, selon laquelle le droit pénal renverrait à soi-même tandis que la santé mentale présenterait plutôt la confrontation à la position de l'autre.

Selon **Régine Cecere**<sup>8</sup>, la modernité interpelle le clinicien « *par le biais des modifications des demandes et des souffrances qui mettent parfois à mal les repères et désarçonnent* ».

Comment se situer face, par exemple, aux demandes de garantie de normalité, de chirurgie esthétique, de refus de vieillir, d'insémination artificielle sans structure familiale, de polyglottisme des enfants,...

Le clinicien se trouve lui-même parfois dans un « *sentiment étrange : celui d'avoir affaire à des gens qui sont au plus près de ce que nous pouvons percevoir des idéaux du monde moderne européen et celui d'être, à certains moments, aux limites de la santé mentale, celle que touche les phénomènes de dépersonnalisation ou les pertes de sens du monde.* » Il ne s'agirait pas tant d'y voir le déclenchement d'une psychopathologie ; l'aspect transitoire des phénomènes aigus incite plutôt à « *réfléchir autrement aux questions soulevées, en interrogeant le croisement des questions d'identité et de modernité* ».

Sur fonds des idéologies qui organisent la modernité, et tout particulièrement « les demandes d'ouverture de la mondialisation, du multiculturel et du polyglottisme, nous essayerons de nouer les questions d'identité, de normalité, de repères et de sens.

Quant à **Michel Juffé**<sup>9</sup>, il montrera comme « les soins, notamment en *santé mentale*, ne peuvent être dissociés d'un ensemble de contextes *artificiels* que sont les institutions politiques. Parmi lesquelles il faut compter les familles, les centres de soin, les juridictions, les législateurs, les diverses parties de l'exécutif chargés des problèmes connexes (éducation, santé, protection sociale, etc.). L'évolution de la *santé mentale* — aussi bien des patients que des institutions de soins — dépend de la prise en compte de ces contextes artificiels, qui forment autant d'aspects de la vie citoyenne. À négliger et à ne pas prendre parti pour plus d'humanisme (et moins d'humiliation), on encouragerait, même passivement, les pratiques artificielles les plus douteuses ou destructives. »

Ainsi, si les soignants, en particulier, font partie des gardiens de l'ordre social, il reste à savoir de quel *ordre* il s'agit : celui de l'obéissance à des tuteurs souverains ? Celui d'une démocratie formelle vite transformée en démagogie ?

**Pascale Gustin**<sup>10</sup> partira des transformations introduites par les technologies de la naissance, pour interroger la pertinence ou non que « des psys s'en mêlent ». Par la révolution de la contraception, des techniques de procréation médicalement assistée et de soins néonataux, les technologies modernes contribuent en effet plus que jamais au façonnement de l'être humain.

« Cette médicalisation des naissances conduit à des situations inédites qui bouleversent nos représentations des figures du père, de la mère, du rapport masculin/féminin et des liens générationnels.

À quel lent et coûteux travail d'élaboration psychique les nouveaux parents et leurs nourrissons sont-ils dès lors confrontés ? Quelles trouvailles et inventions expérimentent-ils ?

Des « psys » se sont hasardés sur ces nouveaux territoires. Forts de leurs rencontres avec les familles et les équipes médicales, ils peuvent déployer ces questions. Mais de quels désirs, de quelles intentions sont-ils eux-mêmes animés pour que de telles rencontres aient lieu ? Et de quelles dérives normatives, risquent-ils de se faire l'instrument ? »

**Assimakis Drossos**<sup>11</sup> analysera quant à lui le risque pour certains de se perdre sur la scène de l'internet ; le clinicien se trouvant alors confronté à une *psychopathologie par trop net*. Si l'apport des nouvelles technologies est incontestable, « son usage sans limites entraîne des « dérapages ». Quand l'entrée sur cette scène devient-elle impasse, ou passage à durée indéterminée ? N'est-ce pas lorsqu'elle s'accompagne d'une rupture du lien social, le sujet s'y installant alors de trop, y est « trop identifié » par un imaginaire sans limites dont il devient « prisonnier ».

Un jeune *perdu* sur internet déclare « Je suis un toxicomane de l'internet » : il s'agira d'envisager comment aider lors d'une telle perte de lien et de familiarité avec le monde ? Si la seule piste est celle du « transfert », encore faut-il parvenir à la suivre. La rencontre du Petit Prince et du Renard, écrite par Saint-Exupéry, pourrait servir de paradigme. « ... Je ne suis pas apprivoisé, répondra le renard ». Mais que signifie *apprivoiser* ? « C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie créer des liens... » Cette création du lien est indispensable : « S'il te plaît ... apprivoise-moi ! dit-il. ». Mais comment *apprivoiser* celui qui ne ressent pas le besoin de l'autre ? « Il faut être très patient, répondit le renard ». De même le jeune dira « Je ne suis pas convaincu par l'intérêt de la psychothérapie... Mais je viens quand même ». À nous de voir comment permettre qu'il apprivoise le monde pour s'apprivoiser lui-même.

**Jean-Pierre Lebrun**<sup>12</sup> et **Michel Heinis**<sup>13</sup> discuteront les interventions et relanceront le débat avec chacun. À partir des différentes portes d'entrée, il s'agira d'élaborer ensemble comment, au cœur même des périls

auxquels nous exposent les nouveaux artifices, restituer la chance de nouveaux liens, apprivoiser le monde et soi-même, construire le lien et l'identité, inventer des motifs partagés, faire monde commun tissé du jeu des « je » et des « nous ».

Un mot, il s'agit de promouvoir une santé mentale comme capacité de se singulariser et de désirer.

1. Tinland, F. *Du mode d'existence de l'Être humain*, in L'homme aléatoire, Paris, PUF, 1997, p.174-175
2. Ibidem, p.177
3. Stiegler, B. *Mécréance et discrédit*, 1. La décadence des démocraties industrielles, Paris, Galilée, 2004
4. Professeur de Psychopathologie à l'Université d'Aix-Marseille I, Président du SIUEERPP et Psychanalyste Membre d'Espace analytique
5. Philosophe, professeur en Sciences de l'éducation à l'Université de Paris 8, directeur de programme au Collège International de Philosophie.
6. Psychanalyste, Président de l'Association Freudienne de Belgique
7. Criminologue, Professeur à l'Université Catholique de Louvain
8. Psychanalyste, Bruxelles
9. Philosophe et anthropologue, psychanalyste, France
10. Psychologue, Psychothérapeute, S.S.M. Le Chien Vert à Bruxelles, Centre de Procréation Médicalement Assistée du C.H.R.de Namur
11. Psychiatre, Psychanalyste, Bruxelles
12. Psychiatre et psychanalyste, ancien Président de l'Association freudienne internationale
13. Psychanalyste, Directeur du Radian, Coordinateur de passado.be



## "Le nouveau sujet de la santé mentale".

Roland Gori

### Argument

La médecine, la psychologie et la psychiatrie ne sont pas seulement des modes de connaissance scientifique ou des pratiques professionnelles, elles sont aussi des pratiques de contrôle social participant au gouvernement des conduites.

La remédicalisation de la psychiatrie depuis vingt-cinq ans témoigne d'une mutation anthropologique qui réduit l'humain à la somme de ses comportements. Afin de parvenir à cette civilisation « médico-économique » du sujet, la psychiatrie postmoderne se devait de décomposer et de recomposer son paysage normatif au profit de notions « flexibles » et de « troubles du comportement » et aux dépens du concept de « souffrance psychique ».

## "Prométhée déchaîné"

Dany-Robert Dufour

### Argument.

Il semble établi que l'homme est un néotène, c'est-à-dire un être prématuré, d'emblée exclu de la première nature, qui n'a dû sa survie qu'à l'invention d'une seconde nature, autrement dit une culture, présentant trois attributs principaux : la représentation (visuelle, narrative et sonore), les grammaires scientifiques et le prothétique.

Or, si notre nature est toujours la même depuis l'apparition de l'espèce homo sapiens sapiens, notre culture est soumise à l'évolution historique, portée aujourd'hui par un puissant projet prométhéen.

Tout ce que le néotène a dû, grâce à sa disposition au langage, mettre au point pour suppléer à son organicité défaillante et rendre sa condition viable, de l'ordre de la remédiation esthétique, scientifique et prothétique, lui permet aujourd'hui d'envisager de refaire le monde du vivant et de se refaire : une récréation du monde pourrait avoir lieu cependant que ce corps fragile venu du fond des âges pourrait bientôt disparaître et un nouveau corps, naître.

La seconde nature, d'abord édifée pour suppléer à notre défaut de première nature, est en effet désormais susceptible de remanier la première, c'est-à-dire d'agir sur le réel de la différence sexuelle, de la différence générationnelle, sur les rapports entre animalité et humanité, sur la séparation naturelle des espèces, sur leur définition, sur la mort...

C'est ce point d'inversion entre première et seconde nature que nous examinerons. Nous verrons en quoi il se caractérise 1° par une disparition progressive du réel de la première nature et par l'invention d'un hyper-réel et 2° par une désinhibition symbolique dont pâtit amplement notre époque post-moderne tant au plan du lien personnel que du lien social.



## Hiatus entre clinique et “bonnes pratiques”

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°6** Hiatus entre clinique et “bonnes pratiques”

*Responsable d'atelier : Thierry Van de Wijngaert*

Thierry VAN de WIJNGAERT,  
psychologue,  
coordinateur thérapeutique de Prélude - I.H.P.  
Psychanalyste, Bruxelles.

Où en sommes-nous avec cette question de l'évaluation en santé mentale ?

La volonté d'évaluer ne faiblit pas. Elle produit à son rythme, celui des appareils d'état, toujours plus d'instruments de mesure. Tous les secteurs, dont celui de la santé mentale, sont concernés, et toujours davantage. Au début, ils ont regardé cela comme une bizarrerie marginale par rapport à leurs propres questions, autrement sérieuses à leurs yeux. Mais depuis quelques temps, les professionnels se sont avisés qu'au-delà d'être une lecture exogène de leur réalité de terrain, l'évaluation vise à déterminer non seulement les conditions de leurs pratiques, mais leurs pratiques elles-mêmes.

Lorsque les représentants des autorités, chargés de la mise en forme d'outils d'évaluation, rencontrent ceux du monde psy qui défendent une conception complexe de la réalité psychique, on constate un malentendu irréductible. En effet, quand bien même existe une réelle volonté de respecter les points de vue et les responsabilités de chacun, les arguments ne cessent de se croiser sans jamais se conjuguer.

### Les coordonnées de l'évaluation sont assez claires.

L'État, du fait de l'importance de la dimension gestionnaire de sa mission, adopte le discours managérial qui régit le monde de l'entreprise. Il s'agit de déterminer des besoins, d'élaborer des produits et services pour y répondre, de contrôler leur qualité par le calcul de leur efficacité et de leur efficience et enfin de promouvoir les meilleurs, les fameuses « bonnes pratiques ». Planification, évaluation et contrôle forment le triptyque incontournable de la bonne gouvernance. Les promoteurs de l'évaluation ne questionnent pas la pertinence de l'application à l'être humain de ce modèle construit

pour la production d'objets standardisés et orienté par l'exigence de la plus-value financière.

L'évolution des capacités de l'outil informatique devrait permettre de modéliser la problématique de la santé mentale à l'échelle du pays de manière à rationaliser l'organisation des soins aux bénéficiaires de la collectivité et des usagers. Les gestionnaires minimisent l'impact évident de l'exigence méthodologique de réduction d'une réalité complexe à quelques variables impliquées par une telle modélisation.

La mission première de l'évaluation est d'apporter les données les plus précises et complètes possibles pour décider des choix d'investissements en matière de dispositifs en santé mentale. L'évaluation ne peut dès lors prendre qu'une forme quantitative et travailler sur des grands nombres. Elle nécessite la mise en place de variables assorties d'échelles graduées. Elle se dote d'indicateurs pour permettre la récolte de données aux moments opportuns et procède à l'encodage en fonction des variables prédéterminées en vue du traitement statistique.

La démarche évaluative part donc du postulat selon lequel rien ne s'oppose structurellement à la transposition numérique de la santé mentale des individus, de l'action thérapeutique et de ses effets. Ce préalable s'inscrit dans la perspective d'une atomisation d'une réalité psychique complexe et encore mystérieuse, en interaction continue avec un contexte social, culturel et économique qui ne l'est pas moins.

### Quelques défenseurs de cette option dans le champ même de la santé mentale.

Il s'agit d'une part de ceux qui englobent la santé mentale dans le champ de la santé, considérant que la psychiatrie n'est qu'une branche de la médecine. Ce

faisant, ils abordent les problématiques dites « mentales » uniquement à partir de la biologie et justifient leur position par la génétique ou les neurosciences. Cette transposition des acquis de la recherche scientifique dans ces deux grands domaines au champ de la réalité psychique pose de sérieux problèmes, tant au plan épistémologique qu'à ceux de la clinique et de l'éthique. Les recherches sur les effets des psychotropes et l'enjeu économique qu'elles représentent pour l'industrie pharmaceutique constituent le fer de lance de cette défense de l'approche biologique et des méthodes de validation qui sont les leurs.

Les seconds défenseurs de la forme que prend l'évaluation sont ceux qui abordent essentiellement la santé mentale à partir des aptitudes, des compétences et de l'adéquation comportementale aux normes sociales. Ils visent la correction et le remplacement des affects excessifs et des pensées troublées par des affects et des pensées conformes au vécu et au pensé communs. Leur approche, parce qu'elle procède par objectivation et isolement des phénomènes, légitime les méthodes de catégorisation et de comptage et confond le thérapeutique avec le pédagogique.

### Un autre regard, plus sombre.

Beaucoup d'autres, et pas seulement dans le champ de la santé « mentale », éprouvent un malaise croissant par rapport à l'ampleur et à la forme de l'évaluation. Elle leur apparaît comme un discours qui n'est pas sans effet sur la conception et la réalité même du lien social.

Pour eux, ce discours - et son emprise croissante sur la praxis contemporaine - produit de la déshumanisation et de nouvelles formes de ségrégation et d'exclusion. Ce faisant, il va à l'encontre de la santé mentale et du lien social qu'il dit vouloir restaurer.

### Perspective pour l'atelier.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'argument majeur des promoteurs de l'évaluation par modélisation et chiffrage est de dire qu'elle participe du discours de la science et qu'elle est, à ce titre, au-delà de tout soupçon. Nous n'entrerons pas ici dans une argumentation pour démontrer à quel point il est fait un usage abusif de cette qualification de « scientifique ».

Il s'agira plutôt dans cet atelier d'aller dans le sens d'une mise en tension de ces deux discours : d'une part les concepts fondamentaux et opératoires de l'évaluation, ceux-là mêmes qui visent à déterminer les bonnes pratiques et d'autre part ceux des pratiques institutionnelles se référant à la psychanalyse.

Les questions à l'horizon restent évidemment celles de l'adéquation de ces approches à l'objet d'étude et plus encore celle de savoir ce que produisent ces pratiques évaluatives en termes de lien social, de bénéfice subjectif et, pourquoi pas, en termes de plus-value sociale.

Nous pouvons poser les jalons de cet hiatus à partir d'une série d'oppositions :

1. Le mental biologique, cognitif ou computationnel

versus le mental comme champ du langage, de la pensée.

2. L'horizon de la santé mentale comme « ça peut fonctionner », la foi dans le « savoir faire » grâce à l'acquisition de compétences ad hoc vs un « ça rate toujours » et le « savoir y faire », le bricolage avec la pulsion.

3. Le symptôme objectivé et isolé comme trouble ou désordre à éradiquer vs symptôme comme construction, solution dans une économie subjective.

4. Le diagnostic par catégorisation, par recherche de communs dénominateurs vs le diagnostic par la série des particularités décomplétée par la singularité du sujet.

5. L'objectif thérapeutique déterminant un programme individuel prédéfini et ciblé vs l'objectif indéterminable a priori mais construit par le sujet dans l'après-coup.

6. La relation thérapeutique comme contrat vs la relation comme transfert.

7. La pratique comme exécution d'un protocole de soins vs la pratique orientée par le réel, chaque rencontre étant prise dans son unicité.

8. Le savoir-expert du côté du praticien vs le savoir du côté du « patient ».

9. L'acte thérapeutique comme intention déduite logiquement vs l'acte comme rupture, comme opération lisible uniquement dans l'après-coup.

10. Le résultat comme apparition d'un effet attendu en terme de conformité vs le résultat comme émergence d'un lien social renouvelé qui inclut la singularité du sujet.

### Présentation des six interventions par leurs auteurs

1. Guy De Villers:

« Santé mentale versus réalité psychique ? Quelle évaluation ? »

Quelle est la pertinence de la psychanalyse dans notre monde contemporain ?

Pris dans les rets d'un discours que l'on peut qualifier d'hypermoderne, le projet politique relatif à la santé mentale semble avoir privilégié les options soutenues par le « lobby » comportementaliste. Ce dernier ne cache pas son projet d'invalider les traitements de la souffrance psychique qui s'inspirent ou relèvent de la psychanalyse.

Les psychanalystes sont dès lors convoqués à engager le combat pour la « défense et l'illustration » de l'approche psychanalytique en ne refusant pas le débat sur la scène publique.

D'aucuns soutiennent que c'est là un fait nouveau, caractéristique de notre époque. Nous montrerons qu'il n'en est rien puisque Freud le premier est monté plusieurs fois au créneau pour inscrire la psychanalyse au cours du débat public. Nous retiendrons ici un des

documents les plus significatifs : « La question de l'analyse profane » (1926) et nous le confronterons au fameux « manuel dit DSM IV » (1994). Que la psychanalyse soit à contre-courant de l'approche médicale de la souffrance psychique n'est pas sans enjeu : faire droit à l'irréductibilité du sujet et de sa part de mystère, résistante à la logique du « problem-solving » en l'honneur dans les approches comportementalistes. Celles-ci conviennent parfaitement à la volonté illimitée de l'Etat de traiter le « malvivre » des citoyens.

Nous relèverons quelques événements récents qui se sont produits en France et qui attestent ce mouvement de prise de contrôle de la santé psychique des citoyens. C'est par rapport à cette politique que la psychanalyse marque sa dissidence.

## 2. Véronique Robert : « *Tout n'est pas écrit* »

Prenant appui sur une conversation clinique qui a eu lieu au Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitements (créé par l'Ecole de la Cause Freudienne à Paris), je soutiendrai que l'effet du traitement analytique de la souffrance d'un sujet n'est pas évaluable. Comment en effet évaluer un traitement qui s'oriente d' « un discours qui encourage chacun à produire sa singularité, son exception. » ?

Tout en dégagant certaines lignes d'orientation, la conversation clinique produit un effet de trou d'où se dégage la « part d'indétermination » propre à tout sujet, laissant place à « la part hasardeuse de l'expérience ». Si le patient entre sans problème dans nos catégories cliniques, il reste que sa réponse à la rencontre avec la jouissance est singulière, incomparable, et donc non évaluable.

L'effet d'un traitement analytique n'est donc pas catégorisable, ni évaluable comme tel par aucune instance extérieure. Je propose dès lors d'opposer à l'évaluation extérieure la conversation clinique entre pairs qui est formative et comporte des effets quant à l'orientation de la pratique. Ceci à condition que le praticien lui-même soit en place d'être l'effet de sa propre analyse, de sa formation théorique et de sa rencontre avec le réel de la clinique.

Ainsi que l'indique Eric Laurent, « la formation du psychanalyste ne peut se réduire aux normes de formation de l'université ou des évaluations des acquis de la pratique. La formation analytique, depuis qu'elle a été établie comme discours, repose sur un tripode : des séminaires de formation théorique (para universitaires), la poursuite par le candidat psychanalyste d'une psychanalyse jusqu'à son point ultime (d'où les effets de formation), la transmission pragmatique de la pratique dans les supervisions (conversation entre pairs sur la pratique). »

## 3. Didier Lestarquy : « *L'autonomie, désir du patient ou du soignant ?* »

Le discours axé sur une certaine efficacité, sur une certaine efficacité n'apparaît pas être un monopole

d'Etat. Nous-mêmes, comme travailleurs de terrain, avons parfois bien du mal à y échapper. Y a-t-il une institution de notre secteur qui échapperait aux questions : Que vient faire ce patient chez nous ? Pourquoi souhaite-t-il revenir ? Que fait-il encore chez nous (hôpital de jour) alors qu'il fait ceci et cela, qu'il lui arrive de ne pas venir ? ...

Je reprendrai le signifiant (concept pour certains) « autonomie » et tenterai de montrer comme il est parfois bien malaisé d'échapper à un certain discours sur l'efficacité pour répondre à ces questions. Je ne peux oublier ce que dit Lacan de la liberté et que je reprendrai pour l'autonomie, à savoir qu'il s'agit là du délire du névrosé.

L'autonomie n'est pas uniquement un but recherché par un pouvoir subsidiant à la recherche d'économie d'argent ou d'une normalisation du sujet, les « bonnes pratiques » font également partie de notre imaginaire. Le « pousse à l'autonomie » de quelle qu'origine que ce soit mène parfois à des catastrophes.

## 4. Caroline Hontoir : « *L'évaluation psychosociale en prison, un outil pré-thérapeutique ?* »

Une des missions principales qui incombe au service psychosocial des prisons est de donner un avis aux autorités compétentes quant à une libération conditionnelle (ou d'autres mesures de faveur) via une évaluation des conditions d'accès et donc, des contre-indications légales. Dès lors, cette expertise psychosociale peut-elle servir au détenu comme levier à une prise de conscience de son fonctionnement ou au contraire, demeure-t-elle un traitement violent qui lui est fait ? Ou, si prise de conscience il y a, ne vient-elle pas de la constance des entretiens, ou d'un moment favorable dans le parcours en détention du condamné ?

A partir d'une courte vignette clinique, je rendrai compte de la possibilité d'un effet pré-thérapeutique en utilisant le rapport d'évaluation comme média-tiers afin d'accéder à un travail de mise en représentation et donc, de mentalisation.

## 5. Dominique Haarscher: « *Le handicap mental, horizon de la santé mentale ?* »

Le terme de handicap mental recouvre un ensemble de plus en plus large de « troubles » divers dont la seule caractéristique est d'être le complément de la normalité, et par là de participer à l'entreprise contemporaine de négation de la subjectivité.

Si dans un Centre de jour pour handicapés mentaux, nous accueillons avec joie une diversité clinique de plus en plus large, nous entrevoyons dans le même temps comment la maladie mentale tend insidieusement à être résorbée dans le handicap mental défini avant tout à partir des habilités cognitives et adaptatives.

Il est vrai que nous accueillons de plus en plus de sujets dont le rapport à l'Autre est particulièrement problématique : trop turbulents, incapables de s'inscrire dans une logique d'apprentissage ou pas assez autonomes pour être acceptés dans les centres dits

thérapeutiques. Transparaît ici la seule qualification effective du handicap, celle d'être « social » à savoir de concerner tous les sujets qui sont définitivement mis en marge du fait de ne pouvoir satisfaire aux exigences minimales en termes de comportements, d'utilité et de compétence qui définisse la normalité contemporaine.

Il y a une dizaine d'années, E. Laurent disait que nous devions "délivrer l'autisme de l'assujettissement au terme d'autisme" c'est-à-dire de tenir compte de ce que la psychanalyse suppose, à savoir "la dimension du sujet et du parasite langagier". Depuis lors, l'autisme est classifié comme un handicap. La schizophrénie ne prend-elle pas le même chemin ?

Nous montrerons comment nous parvenons encore à remplir des questionnaires comportementaux tout en ne cédant en rien sur notre pratique clinique et notre questionnement toujours renouvelé. Nous étairons notre propos du cas d'une jeune fille qui se dit « audiste » et qui est étiquetée « handicapée mentale ».

**6. Bruno de Halleux :**  
*« la domestication du désir »*

Face aux exigences de notre organisme subsidiant qui nous suggère une orientation cognitivo-comportementaliste pour notre clinique avec des enfants autistes, nous indiquons dans notre programme thérapeutique la nécessité de la mise en place de conditions préalables à toute rééducation. Nous montrons qu'il est vain de vouloir appliquer des méthodes de rééducation standardisée sans prendre en compte le sujet, son désir, et son implication dans le champ de la parole. Nous illustrerons notre thèse à partir du cheminement d'un enfant diagnostiqué autiste et nous établirons comment cet enfant a pu développer une suppléance à son défaut d'inscription dans le lien social.





## Migrations et ruptures, interculturalités et exils, représentations et conceptions

### autour du soin

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°7** Migrations et ruptures,  
interculturalités et exils, représentations  
et conceptions autour du soin

*Responsables d'atelier : Eric Messens, Alain  
Vanoeteren*

Eric MESSENS,  
psychologue.

Directeur de la L.B.F.S.M.

Alain VANOETEREN,  
psychologue.

Coordinateur de l'asbl Ulysse.

Le concept de clinique de l'exil condense l'ensemble des pratiques d'accueil et d'aide en santé mentale auprès des publics dits migrants, certains d'entre eux étant issus de trajectoires d'exil parfois vieilles de près d'un demi-siècle. Les vagues de travailleurs migrant pour raisons économiques au début ont inscrit des histoires de familles depuis plusieurs générations sur le sol occidental, diversement acceptées et intégrées. Les rééquilibres géopolitiques de la fin des années 80 ont ensuite mis sur les routes d'autres exilés fuyant la pauvreté ou le danger du pays natal. Dans le même temps, se sont développées des attitudes de sévérité et de fermeture politiques, de méfiances publiques, qui ont conduit à la constitution de zones de clandestinité et de non-droit.

L'expérience douloureuse de ces vies en exil et de ces statuts hors-monde ne doit pas faire oublier que les épreuves ont commencé dans le pays d'origine. Les ruptures, les séparations, mais aussi l'espoir, le courage se jouent autant sur la scène de l'émigration que sur celle de l'immigration.

Que ce soit pour les plus anciens migrants ou pour les plus récents, les conditions de leur citoyenneté ont toujours fait défaut et continuent à le faire, plus ou moins gravement, avec toutes les conséquences prévisibles sur leur vie psychique.

De telles situations demandent aux soignants la capacité de penser leur clinique en tenant compte autant de ce qui fait l'universel de l'expérience humaine qu'en étant curieux et attentifs aux particularismes des cultures, aux valeurs des gens, à leurs représentations, mais aussi à l'histoire des phénomènes migratoires et des politiques d'accueil dans les pays d'arrivée.

Les professionnels de l'aide en santé mentale ont construit une expérience de l'accueil et des pratiques cliniques avec les migrants sur près de 40 ans.

Les coordonnées de ce travail ont maintes fois été ré-interrogées, au rythme de flux migratoires de nature et d'origine différentes, en regard des attitudes plus ou moins bienveillantes du dispositif d'accueil et d'intégration dans les pays d'arrivée, ou encore en raison des polémiques sur les modèles d'interprétation du vécu de l'exil ou des controverses sur la manière de traiter les situations de souffrance psychique des migrants.

Dans le jargon des métiers du soin, le terme d'interculturalité est utilisé sur un mode un peu réducteur pour désigner tant ce qui questionne le rapport conflictuel ou déchirant d'un exilé pris entre deux cultures que ce qui définit la scène où se joue la rencontre entre le soigné et le soignant.

Les pratiques liées à l'interculturalité ont multiplié les initiatives dans le monde de l'aide sociale, de la santé, et bien entendu de la santé mentale, soit en les intégrant dans la panoplie des interventions de lieux généralistes ou au contraire via la création de nouveaux projets spécifiques et ciblés.

Ainsi, à titre d'exemples, nos champs d'activité ont vu apparaître des médiateurs culturels dans les hôpitaux, se développer des offres d'interprétariat facilitant l'accès des étrangers dans le lieu de soin de leur choix, et se créer des services très spécialisés répondant aux besoins de publics sensibles comme les actuels demandeurs d'asile ou les victimes de violences organisées.

A ce niveau déjà, se pose toute la question de l'indication et de la pertinence des offres spécialisées et dé-sécialisées.

En toile de fond de cette mobilisation du dispositif institutionnel, on constate que le débat et la réflexion sur ces questions ont suivi la même marche ascendante. Rencontres et littérature scientifiques ne cessent d'amplifier l'actualité et l'échange des savoirs autour de ce thème autant sur les aspects thérapeutiques que sur l'indispensable relecture politique, sociologique et anthropologique des enjeux soulevés par cette pratique.

Le projet des organisateurs de cet atelier est d'inviter les participants à élargir l'horizon de leur pensée en la soumettant au travail critique des représentations et des conceptions, voire des croyances, qui menacent toujours de les enfermer dans des cadres figés.

En santé mentale, la perspective est cruciale puisqu'elle remet au centre la question de l'éthique inhérente à toute clinique. Celle-ci reste-t-elle avant tout une démarche, un projet émancipateur d'accompagnement d'une personne qu'on invite à s'interroger sur ce qui lui arrive, à reprendre plein pied dans son histoire, et à mettre le doigt sur les solutions qui lui conviennent, fussent-elles inattendues et éloignées du bien qu'on (lui) aurait voulu ? Auquel cas, elle est proprement subversive plutôt... qu'adaptative, ce qui n'est pas sans risques, et ce qui peut, le cas échéant, aboutir à du politiquement non correct et conduire l'intervenant dans de difficiles conflits de loyauté.

Dans le cas particulier de l'aide et du soin avec les exilés ou les migrants, cette préoccupation est d'autant plus légitime que les représentations et les présupposés s'édifient facilement sur le fond énigmatique consécutif à une mauvaise connaissance des codes culturels de l'autre, ce qui est encore la moindre chose – on ne peut pas tout connaître –, mais surtout sur un déficit de curiosité à essayer de le comprendre et à se laisser surprendre par ses explications.

Les cliniciens que nous avons invités à venir présenter quelques situations tirées de leur travail quotidien de consultation ne manqueront pas de mettre en évidence des enseignements et des ouvertures en la matière.

Pour commencer, on pourrait pointer la valeur du renoncement sur quelque prétendue place d'où on souhaiterait être interpellé en tant que soignant, et faire l'apologie du décalage entre la place qu'on croit

parfois devoir tenir et celle où on est vraiment attendu. Comme le dit **Paula Lambert**, pédopsychiatre : « *A tout moment le psy est interpellé de façon imprévisible soit en tant qu'autorité représentant la Belgique, soit en tant que citoyen accueillant l'autre selon des principes humanitaires, ou encore comme psychothérapeute à disposition du patient comme il a appris à travailler. Après des hésitations quant à accepter la place dans laquelle nous sommes mis, toute demande est comprise dans un sens relationnel et peut à ce titre être thérapeutique, qu'elle se centre uniquement sur l'accueil et l'écoute, sur l'échange de valeurs éthiques ou sur un travail intrapsychique.* »

Cette interrogation sur la posture du thérapeute déborde le cadre de la clinique de l'exil et renvoie à toutes les formes de soins psychiques. C'est en cela que bien souvent une clinique inscrite dans la nouveauté, la marge ou l'exception fait faire des avancées, également profitables aux cadres plus conventionnels de traitement ou d'aide.

Dans le même ordre d'idées, les connaissances acquises sur le vécu de l'exil s'élargissent et intéressent des praticiens d'autres univers cliniques.

L'expérience du hors-lieu qui a consacré les descriptions cliniques relatives aux personnes déplacées, déracinées géographiquement, se rencontre aussi dans le discours et la symptomatologie de patients physiquement sédentaires, mais ayant psychiquement été éloignés ou arrachés à des repères structurants et confrontés à la difficulté de ne pas en retrouver d'autres qui leur parlent suffisamment.

La discussion sera aussi l'occasion de remettre en perspective les raisons d'un débat qui a vu s'opposer de manière vive à l'époque deux modalités d'explication différentes de la psychologie et de la psychopathologie des migrants, l'une posant l'universalité de fondamentaux du psychisme humain, l'autre les relativisant dans des schémas de codification culturelle, avec par voie de conséquence des interprétations très controversées sur la façon d'accueillir et d'accompagner les patients.

Quelques années plus tard, que reste-t-il de la polémique, y a-t-il eu des modérations dans le discours, des compréhensions... ?

L'atelier a fait le choix d'un parti pris, volontaire, en orientant le débat sur la situation des exilés, demandeurs d'asile ou illégaux. Il ne faut pas y voir une préférence pour un public qui touche les sensibilités, mais plutôt une opportunité d'être interpellé par des situations qui concentrent des phénomènes et des signes déterminants pour la compréhension clinique et le travail thérapeutique, ceux-ci étant au demeurant sous-jacents à toute histoire de migration, même si c'est à plus bas bruit. Les détresses présentées par les réfugiés renvoient à des vécus de violence avant et pendant le déplacement. Leur gravité peut se poser en termes de trauma psychique et être lourde à traiter, elle peut être d'autant plus difficile que dans le même temps se présente tout le problème de l'accompagnement dans une autre forme de violence, liée celle-là à

la procédure d'asile ou aux difficultés d'une vie réduite à la clandestinité. Ces deux dimensions de travail sont parfois antinomiques. L'impasse ou l'économie sur l'une des deux pourrait s'avérer préjudiciable à un traitement juste de la souffrance et complique le rôle des intervenants.

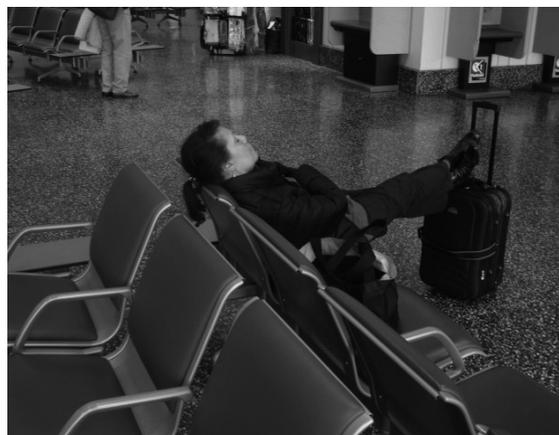
Ouvrir ce chapitre, c'est aussi reprendre de la façon la plus nuancée la question des rapports du normal et du pathologique pour, à l'appui de situations cliniques prises en exemples, mieux cerner les limites de l'intervention(nisme) et éventuellement remettre en cause une tendance ou un risque à psychologiser des phénomènes de réaction normale à des situations anormales.

Il est habituel aujourd'hui de voir la santé mentale être re-qualifiée dans une lecture et une analyse qui tiennent beaucoup plus compte de l'impact social, les symptômes et les malaises ne pouvant être écoutés et interprétés sans les mettre en relation avec un contexte de vie en mutation et potentiellement pathogène. Le travail des psys avec les migrants demande qu'on s'attarde également à la nature et à l'épaisseur de la toile de fond sociétale sur laquelle les phénomènes liés à la migration se mettent ou en relief ou en creux. Dans quelle contextualisation en termes de normes, de droits, et de discours autour de la personne de l'étranger ou de l'exilé s'inscrit la place du soignant et se loge son intervention ? Dans quel discours politique le clinicien se trouve-t-il pris ? A quoi participe-t-il ou résiste-t-il à certain moment, serait-on tenté de demander ?

Quand une société manifeste sa méfiance pour la diversité et sa préférence pour l'identité nationale, les contraintes sur la personne de l'exilé et son thérapeute sont d'un autre poids. Leur marge de manoeuvre et leurs perspectives de résolution des problèmes sont corrélées à la manière, plus ou moins brutale, d'un Etat, d'une société civile, d'introduire une rupture avec le modèle de traditions d'accueil ou de respect de la dignité humaine.

*« Le principe selon lequel l'Etat n'a pas les mêmes devoirs vis-à-vis des légaux et des illégaux, même lorsqu'il s'agit d'octroyer le minimum de moyens pour vivre dignement, est devenu légitime, alors qu'il avait fallu des décennies pour le gagner » Sylvie Saroléa.*

Ces quelques questions ou affirmations n'ont pas de prétention exhaustive, elles sont un échantillon des propositions que les animateurs, les intervenants et les discutants souhaitent mettre au travail avec celles des participants de l'atelier.





## Villes et Santé Mentale

**Vendredi 25 mai**  
**ATELIER n°8** Villes et Santé Mentale

*Responsables d'atelier : Jean-Louis Genard,  
Lydwine Verhaegen*

Depuis les travaux de l'Ecole de Chicago, dans les années 1920, on connaît les liens entre ville et santé mentale. L'actualité récente ne cesse de nous rappeler le malaise des villes, l'explosion de la précarité, l'aggravation du phénomène des sans abri... Elle nous dit aussi l'impuissance des travailleurs du social face à des processus qui les débordent de tous les côtés. Aujourd'hui plus que jamais, la ville se présente comme un analyseur des relations entre précarité et santé mentale, entre souffrance psychique et exclusion sociale,

En introduction à l'atelier, Lydwine Verhaegen, reprendra des éléments liés à la situation d'une ville comme Bruxelles capitale avec l'hypothèse de travail suivante : il existe un lien entre la cohésion sociale et l'état de santé ou l'espérance de vie d'une société.<sup>1</sup> Même si l'on est d'accord avec Alain Erhenberg quand il dit que les notions de santé mentale et de souffrance psychique symbolisent les transformations qu'a connu la psychiatrie et même la société depuis une trentaine d'années, il n'empêche que les indicateurs socio-démographiques ne sont pas sans lien avec une transformation qualitative et quantitative de la souffrance psychique au sein de la Région. La réponse à ces questions se trouve aussi aujourd'hui au sein de l'organisation en réseau des différents intervenants et acteurs psycho-sociaux.

Parmi les intervenants, citons par ordre alphabétique :

- **Dominique Braeckman**, députée bruxelloise
- **Eric Corijn**, professeur en géographie culturelle VUB et directeur de COSMOPOLIS, CITY, CULTURE and SOCIETY
- **Pr. Jean Florence**, psychanalyste, professeur de psychologie aux F.U.S.L. et à l'U.C.L.
- **Bernard Franck**, sociologue, professeur U.C.L.
- **Jean-Louis Genard**, sociologue, directeur de l'I.S.A.C.F.-La Cambre, chargé de cours à l'U.L.B. et aux F.U.S.L. et directeur du G.R.A.P.

Lydwine VERHAEGEN,  
docteur en sociologie, Bruxelles

- **Michel Joubert**, sociologue et professeur des Universités et Dr. Pilar Arcella-Giroux, psychiatre, Paris
- **Dr. Jean Pierre Martin**, psychiatre de service public et membre du CEDEP Paris
- **Christine Schaut**, chargé de cours aux Facultés Universitaire St-Louis

1. **Lydwine VERHAEGEN**. *Données et perspectives de la santé mentale à Bruxelles*, in Revue L'Observatoire, n°49 - 2006, pp. 3-14





## Histoire collective, histoires singulières

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°9** Histoire collective, histoires singulières

*Responsables d'atelier : Dr. Denis Hers, Dr. Patrick Maldague*

Dr. Denis HERS,  
Psychiatre.

Directeur du Service de Santé Mentale  
«Chapelle-aux-Champs», Bruxelles.  
Président de la L.B.F.S.M.

Si nous sommes enfants de nos pères et mères, nous sommes aussi enfants de l'Histoire.

Histoire des peuples, des communautés, des appartenances multiples dont nous sommes issus et qui tissent une trame partiellement inconsciente sur le fond de laquelle nous venons nous inscrire. La grande Histoire avec ses accidents, ses catastrophes majeures, ses luttes d'influences, ses guerres et ses barbaries détermine nos destins avec une force implacable, tellement puissante face à celle issue d'une simple volonté individuelle.

Dans leur livre « *Histoire et trauma* », **Françoise Davoine** et **Jean-Max Gaudillère**, repèrent dans différents cas cliniques, l'impact de traumatismes historiques ayant généré une « rupture du pacte symbolique » et le déclenchement possible d'une psychose ou de graves troubles psychiques.

Là où des éléments historiques traumatiques n'ont pas pu trouver une inscription symbolique permettant une transmission à la génération suivante, l'un ou l'autre héritier de cette histoire part en quête de vérité à travers une conduite hors norme, souvent au prix de la perte de sa place dans la société. « Ce dont on ne peut parler, on ne peut pas le taire ». Le symptôme vient alors interroger les non-dits de l'histoire, cette vérité qui n'a pas pu se transmettre, l'information restée hors champ de la parole. Beaucoup de petits enfants n'ont pas reçus de paroles pour tenir en respect les désastres subis par leurs parents et leurs ancêtres.

Comment alors reconstruire du lien, quand les garanties de la parole ont été détruites ? Comment amorcer la dimension de la parole là où toute fiabilité s'est écroulée ? Quels dispositifs mettre en place, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif, pour pouvoir réinvestir la vie après l'impensable ? Que transmettre aux générations qui suivent ? Quel « travail de mémoire » est à l'oeuvre, entre la nécessité de se souvenir et celle d'oublier ? Ces questions, qui se

posent dans des contextes très différents, seront mises en débat en espérant trouver chez d'autres un écho stimulant.

A partir de leur place singulière, de leur mandat spécifique, dans des contextes historiques très différents, chaque intervenant tâchera de mettre en évidence et d'éclairer l'impact majeur du contexte historique sur les subjectivités et sur le lien social. Ils présenteront différentes approches individuelles et communautaires mises en place pour recréer du lien, transmettre ce qui doit l'être et réinvestir la vie sociale.

**Jean Claude Métraux** est pédopsychiatre, Chargé de cours à l'Université de Lausanne. Il a acquis une longue expérience professionnelle auprès de personnes et de communautés frappées par des pertes multiples. Dans son livre « *Deuils collectifs et création sociale* », il établit la distinction fondamentale entre tragédies mortifères et créatrices, entre deuils et traumatismes, trop souvent confondus. La fascination par le traumatisme occulte la nécessité d'un lent travail de deuil. Cela vaut pour le sujet singulier comme pour les ensembles sociaux. Le deuil recèle un potentiel de transformation créatrice, il est un profond remaniement des mouvements de vie et de mort. Il a, de fait, une dimension collective qui traverse et affecte la singularité de chacun. Dans la reconnaissance du lien de filiation entre le sens ancien et le sens nouveau, l'auteur pointe une dimension créatrice, dans la façon de réarticuler le passé, le présent et le futur.

Il s'intéresse aussi à nos multiples appartenances qui fermentent sans cesse. C'est toujours d'appartenance à une communauté, qu'il s'agit. Elle est le fruit d'une création collective, passée et présente: création d'une identité commune, d'un mythe commun, d'un projet commun, d'une histoire commune, d'un destin commun, d'une essence commune. L'appartenance n'est

pas identité abstraite: elle est *sens*, doué d'une certaine matérialité. L'idée de création commune, de sens créé ensemble, n'est toutefois pas suffisante pour qualifier l'appartenance : ce partage doit encore être reconnu, et qui plus est reconnu comme significatif. Il l'oppose aux similarités triviale, qui se basent sur un seul élément visible, hors rencontre et hors langage, et qui sont le berceau de l'exclusion, de la xénophobie, du racisme, en réduisant l'appartenance à la similarité, de peau, de langue, de niveau socioculturel, de sexe, d'âge.

La création d'appartenances plurielles est une potentialité universelle. La multiplicité des appartenances prévient l'exclusion: plus les individus se reconnaissent des appartenances diverses, plus les communautés auxquelles ils participent sont nombreuses et plus celles-ci s'enchevêtrent dans un tissu social complexe où chacun devient à la fois le même et l'autre de tout Autre.

Dès lors, il se penche sur les *similitudes fondamentales* qui rapprochent tout être humain. «Universaux», elles signent notre appartenance à l'humanité. Elles fondent aussi l'univers entier des différences qui signent l'originalité de toute culture. En outre, elles s'opposent comme blanc et noir aux similarités triviales dont il a discuté la vacuité de sens. Elles sont liées de près ou de loin à ce qu'il appelle « l'énigme du don », dont il développe les différents aspects. La conscience des similitudes fondamentales permet la connaissance et la reconnaissance des différences et me donnera accès au mode d'expression émotionnelle dans une culture autre.

L'initiative de «croiser» une appartenance, faire don d'objets (paroles) précieux, reconnaître prédation et injustice est toujours responsabilité du moins menacé. Le moins menacé: celui dont la survie est pour l'instant assurée, dont la peau n'est pas (encore) tatouée du sceau de l'exclusion, dont la parole a droit d'*agora*, dont les compétences s'affichent sur les murs de la cité. L'initiative incombe ainsi au médecin face au patient, à l'enseignant face à l'élève ou l'étudiant, au parent face à l'enfant, à l'autochtone face au migrant, au Nord face au Sud, à l'inclus face à l'exclu. La responsabilité des appartenances plurielles revient d'abord aux nantis.

Les soignants, les travailleurs sociaux et les enseignants ont comme les journalistes la passion du témoignage. Ils posent des questions intimes sans rien dire d'eux-mêmes. Ils somment les moins lotis de dévoiler leur passé, leurs misères, leurs souffrances, leurs échecs et exigent d'eux la libre circulation de ces paroles précieuses. Nous arrachons l'or des paroles secrètes, mais nous n'acceptons pas l'invitation d'un «client» à partager son repas. «Par peur d'être acheté», nous justifions-nous, «par peur de miner la relation professionnelle». Mais en fait n'est-ce pas le pouvoir absolu, tyrannique, que nous recherchons ainsi ?

Nous devons faire don d'objets précieux, nous découvrir, parler d'abord de nous. Non pas étaler nos compétences, mais montrer à notre vis-à-vis que nous sommes nous-mêmes des êtres parfois souffrants, que des pertes ont marqués, des échecs plongés dans le doute. En révélant des parcelles de notre intérieur, nous témoignons à l'autre de notre confiance et lui

permettons d'en faire de même. En déclinant nos appartenances, nous lui donnons l'occasion de pêcher des ressemblances. Peut-être ensuite déclinera-t-il les siennes. Peut-être pourrons-nous plus tard en conjuguer une nouvelle. Fonder une communauté. Créer ensemble des paroles sacrées. En prendre conscience. Ainsi s'épanouiront les appartenances plurielles.

Le titre de l'exposé de Jean-Claude Métraux est le suivant :

« *Ecrire et réécrire les histoires collectives et singulières: l'apport du deuil, du don et de la reconnaissance* »

**Tite Mugrefya**, est psychologue, psychothérapeute à la Clinique de l'Exil à Namur.

Il est aussi coordinateur de l'ASBL Mpore qui est une structure de soutien aux rescapés du génocide perpétré au Rwanda et à toute victime de violences organisées.

Le titre de son exposé est le suivant : « *De l'histoire individuelle à l'histoire collective, celle à écrire.* »

Noira, survivante du génocide des tutsi rwandais. Noira a 34 ans, elle est originaire du Nord du Rwanda. En 1959, les grands parents de Noira ont vu leur maison incendiée, leur bétail volé, d'autres biens pillés. Entassés dans des camions, avec d'autres familles tutsi, les camions vont les décharger dans la région inhospitalière du Bugesera où sévit la mouche tsétsé. Ils subissent un déracinement et un exil à l'intérieur du pays. Ces familles exilées se battent sans aide pour survivre. Elles s'attaquent à la forêt, et petit à petit, ils rendent la terre cultivable.

En 1993, sous prétexte de l'attaque des exilés venant de l'Ouganda, les maisons furent incendiées et les tutsi furent massacrés dans la région du Bugesera. Noira a vécu les massacres de 1993. La maison familiale fut incendiée et leurs biens pillés.

En 1994, toute sa famille a été décimée. Noira est arrivée adolescente en Belgique en 1994 pendant que le génocide engloutissait le restant de la famille.

« Nsingira imbere n'inyuma ». Noira synthétise ainsi sa vie. Sans passé et sans avenir.

La vie de la famille de Noira symbolise celle collectivement vécue par des tutsi rwandais

Les déplacements forcés à l'intérieur du pays, les pogroms répétitifs suivis d'exil à l'extérieur du Rwanda.

Noira est arrivée démunie en Belgique. La marginalisation ne lui a pas permis d'étudier. Elle n'a pas terminé l'école primaire. Elle arrivée en Belgique sans connaître un mot de français.

Elle a suivi la perpétration du génocide par les médias. Au fur et à mesure que quelques survivants arrivent en Belgique, elle va savoir que toute la famille a été décimée.

La lutte pour la mémoire. Noira est effrayée de voir les noms de membres de sa famille même proches lui échapper. Survivre, ébaucher une vie, sortir du génocide mais ne pas oublier les siens, se répéter les noms ... ; c'est dit-elle, à en devenir folle. Mais l'histoire du génocide est celle-là. C'est celle à construire grâce à la mise en commun des récits de tous les rescapés. C'est la justesse des commémorations et des sites du génocide que les rescapés essayent de faire survivre

au temps et à la volonté parfois exprimée de tourner la page.

**Valérie Rosoux** est philosophe et Professeur en Science Politique à l'Université Catholique de Louvain. Elle est chargée de recherche au FNRS et membre du Centre d'études des crises et des conflits internationaux (CECRI). Elle a publié Aux éditions Bruylant, « *Les usages de la mémoire dans les relations internationales* »

Le titre de son exposé est le suivant : « *Mémoire et résolution des conflits* »

Depuis la fin de la Guerre froide, des conflits pouvant aller jusqu'au génocide ensanglantent les quatre coins du monde. Ces affrontements font de moins en moins de différence entre combattants et non-combattants et transforment les civils en cibles de choix. Ils n'opposent plus seulement des États entre eux, mais aussi et surtout des populations au sein de frontières étatiques communes. Les conflits de cette nature ne s'apaisent pas facilement : contrairement aux guerres contre l'étranger, l'ennemi reste sur place après la bataille. Dans un tel cadre, l'obtention d'un cessez-le-feu ou d'un accord de paix ne suffit pas à combler les fossés qui déchirent les communautés. En témoigne la recrudescence des conflits qui se sont succédé dans les Balkans, au Proche-Orient, en Irak, en Afghanistan ou dans l'Afrique des Grands Lacs.

La question de la transformation à long terme des rapports entre anciens belligérants est vaste. De nombreux auteurs se sont penchés sur la possibilité de reconstruire des liens violemment rompus par la guerre, que ce soit par le biais de la politique, de l'économie ou de la culture. Cette étude se propose de traiter la question sous un angle différent. Il ne s'agit pas d'étudier les projets qui sont susceptibles de favoriser la coopération, mais de s'interroger sur l'évolution du regard que les protagonistes portent sur leur passé commun. En effet, la question qui se pose au lendemain des combats n'est pas seulement « que s'est-il passé ? », mais aussi – et surtout – « que faire avec le passé ? ».

L'objectif de cet exposé est de dégager les principaux mécanismes liés à la gestion du passé et de réfléchir à l'articulation entre « mémoire » officielle et mémoires vives dans le cadre d'une société en état de choc. Face à des mémoires divergentes et souvent incompatibles, quelle peut être l'attitude des autorités officielles ? Tentent-elles de créer une « mémoire partagée » en élaborant un récit prétendument consensuel ? Cherchent-elles à l'inverse à superposer les expériences dans un récit « mosaïque » ? Quels événements commémorer pour construire des ponts entre communautés déchirées ? Quels héros encenser ? Quels traîtres dénoncer ?

**Régine Waintrater** est psychanalyste et thérapeute familiale. Elle est Maître de Conférences en psychologie clinique à l'Université Paris 7 Denis-Diderot. Auteur de nombreux articles sur les traumatismes extrêmes et leur transmission, elle a participé aux deux grands projets européens de collecte de témoignages

vidéo des survivants de la Shoah conduits par Yale University et l'équipe Spielberg.

Le titre de son intervention est le suivant :

*"Avec le génocide pour héritage : clinique de la famille survivante"*

Elle y parlera de sa clinique familiale et individuelle avec des descendants de survivants de la Shoah, mais aussi du génocide arménien, en montrant comment l'élaboration des traumatismes vécus dans les générations précédentes nécessite un étayage sur des formations collectives, qui, au-delà de leur diversité, ont en commun de fournir aux sujets un contenant social pour penser, transformer, lier et s'appropriier leur héritage.

*"Tout individu arrive dans une histoire qui lui pré-existe"*, et son existence est à la fois le produit de sa propre subjectivité, mais aussi d'un assujettissement constitutif à la chaîne des générations dont il est issu.<sup>1</sup>

On sait que la réalité psychique des parents, mais aussi la réalité sociale de ce qu'ils ont vécu, modèle le psychisme des enfants, dans un effet de transmission qui s'étend sur plusieurs générations. C'est à partir des matériaux véhiculés par la famille au double plan synchronique et diachronique que le sujet construira sa propre histoire. Ce sont ces éléments qui fonctionneront pour lui comme des soubassements narcissiques, supports identitaires constitués des croyances, identifications et mythes transmis au cours des générations.

Mais que se passe-t-il quand la famille, et parfois le groupe d'appartenance dans son entier, a subi un traumatisme grave, de l'ordre de ceux que l'on nomme catastrophe psychique et sociale, au sens où ils affectent à la fois l'espace mental du groupe restreint et de chacun de ses membres, mais aussi le groupe dans son ensemble ?

Force est de constater que l'on retrouve chez des familles ayant vécu des expériences aussi diverses que les génocides, la guerre, l'exil et l'émigration, des fonctionnements spécifiques, qui peuvent amplement justifier l'établissement d'une psychopathologie familiale post-traumatique dont nous allons tracer ici les grandes lignes.

Les génocides constituent le paradigme de la catastrophe psychique et sociale, au sens que lui donnent **J. Puget** et **R. Kaës**.<sup>2</sup>

Catastrophe psychique et sociale, en raison du rapport particulier institué par le traumatisme entre la réalité interne et l'environnement : la négativité inhérente à la persécution ne peut être traitée par l'environnement, devenu chaotique et envahi par le non-sens.

L'irruption violente de l'Histoire dans la vie du sujet et de sa famille affecte la génération victime du traumatisme, mais aussi celles qui suivront, dans un processus de traumatisation transgénérationnelle, reconnu et décrit tout d'abord à propos des familles de survivants de la Shoah, et étendu aux familles rescapées d'autres traumatismes massifs, qui, toutes, présentent des caractéristiques analogues.

1. **F. André-Fustier, F. Aubertel.** *La transmission psychique familiale en souffrance* in Le Générationnel, sous la dir. d'A. Eigner et coll., Paris, Dunod, 1997.

2. **Puget J., Kaës R. et coll.** *Violence d'état et psychanalyse*, Paris, Dunod, 1989.



## La fabrique du symptôme

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°10** La fabrique du symptôme  
- *Conceptions et usages.*

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°10bis** La fabrique du symptôme  
- *Les outils de fabrication*

*Responsables d'atelier : Jean-Louis Aucremanne,  
Pr. Philippe Fouchet, Dr. Philippe Hennaux*

Jean-Louis AUCREMANNE,  
psychologue, responsable de l'Hébergement de Court Séjour  
d'Enaden, Bruxelles

Pr. Philippe FOUCHET,  
professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à  
l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Philippe HENNAUX,  
psychiatre, médecin-directeur de La Pièce de l'Equipe, Bruxelles

*Si l'allusion est poétique - La fabrique du Pré, de Francis Ponge -, c'est pour résonner d'autant plus dans tous les secteurs de la vie humaine : individuel, collectif, politique, économique, esthétique, etc.*

Dans les pratiques et théories cliniques impliquées dans la santé mentale, cela reste une question de qualifier le symptôme comme "mental" ou "naturel" (organique). Pour le champ des sciences humaines, il semble acquis que le symptôme "mental" est irréductible au "naturel". Il dépend des époques, il dépend de la culture, des conditions sociales, impliquant autant l'économique et le politique que les savoirs experts dans les disciplines psycho-médico-sociales. Ajoutons-y d'ailleurs le pouvoir des médias qui connectent à leur façon les inquiétudes de nos contemporains avec des discours d'experts. En ce sens, nous pouvons lire dans les symptômes d'aujourd'hui le reflet - et les effets - des conditions de la vie contemporaine. Mais nous pouvons y lire également que dans le champ de la science, dont sont issues les disciplines qui interviennent dans la santé mentale,

il y a plusieurs manières de "fabriquer" le symptôme, c'est-à-dire de le concevoir et de le traiter.

D'un côté, les pratiques cliniques fondées sur la psychanalyse soutiennent qu'il y a une place pour le symptôme particulier dont témoigne le sujet. Certes le symptôme témoigne d'une souffrance, mais il comporte aussi une manière de faire avec la pulsion dans l'existence et dans le lien social. Ainsi, il arrive de constater que ce symptôme résiste aux diverses entreprises thérapeutiques, ou alors qu'il se déplace. On peut ainsi relever que chaque sujet ou groupe social a un certain usage du symptôme, y compris pour s'en plaindre, viser à l'exclure ou à le réprimer, ou pour en parler, ou pour le "mettre au travail", dans un dispositif thérapeutique par exemple, jusqu'à y trouver une forme de changement, d'apaisement ou de création. Dans une perspective plus radicale, la psychanalyse met en évidence qu'il y a une faille structurelle chez l'être parlant (pas de norme naturelle du bonheur ou de norme universelle de l'arrangement social) dont le symptôme porte la trace. Il faut donc y regarder à deux fois avant de penser que l'on peut l'éradiquer ; il est cependant possible d'en modifier le fonctionnement, d'en assumer les conséquences, d'en mobiliser le dynamisme de façon compatible avec la vie sociale.

Une question cependant insiste : comment rendre compte de ce travail "au cas par cas" auprès de ceux qui sont chargés d'une politique de la santé - et donc d'un certain contrôle sur cette action ?

D'un autre côté, s'est développé un discours clinique présentant le symptôme dans son rapport à des normes biologiques (visant l'universalité) ou comportementales (adaptatives). Dans les deux cas, outre la recherche expérimentale, la définition des normes se veut scientifique par une certaine utilisation des statistiques. L'empirisme des applications y trouve son contrôle par ces études statistiques mêmes, menées à grande échelle. Ces approches ne sont pas sans produire de nouveaux savoirs. Cependant les critères dits "objectifs" sur lesquels s'appuient ces études, autant que les classifications qu'elles utilisent et produisent, ne sont pas sans être discutables. On peut en outre objecter que le "mental", avec ce qu'il comporte d'éléments plus indécidables comme le "choix", la "liberté", l'"invention", y prenne la voie d'une biologisation ou d'une mécanisation des actes humains en "comportements", cernables par des grilles d'évaluation, et corrigeables par des "condition-

nements" ou des correcteurs chimiques.

Notre responsabilité dans le travail en "santé mentale" nous amène donc à poser quelques questions cruciales : quels sont les enjeux économiques (commerce des thérapies et des médicaments) et idéologiques (rapports de force ou d'exploitation) dans ces "fabriques" du symptôme ? Quels en sont les enjeux politiques pour la démocratie, et aussi quels en sont les conséquences pour les citoyens ou pour les "sujets" (pour nommer ainsi leur particularité) ?

Deux ateliers ont été articulés autour de ces questions qui seront abordées en deux temps : "La fabrique du symptôme : conceptions et usages" - "La fabrique du symptôme : les outils de fabrication".

Nous y donnerons la parole aux recherches historiques, sociales, épistémologiques qui peuvent éclairer le malaise dans la civilisation contemporaine et quelques uns de ses symptômes.

Nous demanderons aussi à des cliniciens de nous dire comment ils font avec le symptôme, comment ils le conçoivent, et aussi, de témoigner de l'usage qu'en font les patients.





# Construction et déconstruction du genre

## Homme-Femme

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°11** Construction et déconstruction  
du genre Homme-Femme

*Responsable d'atelier : Pierre Smet*

Pierre SMET,  
psychanalyste, S.S.M. LE SAS, Bruxelles

Cet atelier aura pour objet de faire état de la question du genre à partir de différents terrains d'expérience et de différents types d'approche.

Il nous a paru important de vous faire part d'une première présentation des orateurs et des discutants à partir d'entretiens que nous avons eu avec eux autour de trois questions :

- à quoi vous fait penser le genre ?
- Quelle en est votre expérience professionnelle ?
- Quels sont vos lectures et/ou vos écrits à ce sujet ?

Le thème du genre a été proposé par le Dr. Antoine Masson à partir de situations cliniques. Le genre se présente aujourd'hui comme une assignation sociale qui peut aboutir à la décision de pratique d'opération chirurgicale.

Il s'agit là de situations de grandes souffrances, complexes, de recherche de reconnaissance, qui ne sont d'ailleurs pas éloignées des problèmes rencontrés avec l'héroïne.

A. Masson fait par ailleurs référence à l'ouvrage de **Nathalie Gassel** « *Construction d'un corps pornographique* », dans lequel on retrouve à la fois une position de déni et une position où elle perçoit que l'homme et la femme seront désormais mixtes, transgenre... Un autre article intéressant mentionné par A. Masson à ce propos est celui de **Marie Jean-Bernard Molles**, « *La fluctuation des genres plutôt que la bifurcation des sexes* », dans lequel il démontre combien la situation actuelle tourne tantôt à un jeu de putes tantôt à une course aux handicaps. Pour Molles la question est de savoir si l'organe est seul juge de la réalité « *Les fils de fer barbelés du sexe naturel ne deviennent pas d'un coup de baguette magique (le bistouri) des fils de dentelle (ou de coton) du sexe artificiel ou culturel. Et si un «trans» chasse l'inné pour*

*le suppléer par l'acquis, il devrait comprendre que l'acquis d'une identité sexuelle n'est pas l'acquisition d'une identité de genre* ». Plutôt qu'une acceptation de sa finitude ontologique, sexuée et temporelle, Molles dit « *A nature traître, nature rebelle* ».

Pour A. Masson, il ne s'agirait pas- à l'heure actuelle - uniquement que d'une part d'homme et de femme à sublimer mais bien de questions qui amènent la sublimation sur d'autres terrains, qui réinterrogent déni, forclusion,... perversion, psychose et surtout la détermination des critères de discernement. La demande de castration comme demande de l'Autre n'est-elle pas avant tout une demande pour ne pas choisir ?

Aujourd'hui, pour A. Masson, la question cruciale est de trouver comment humaniser certaines situations sous peine de se retrouver dans des catastrophes sociales.

**Danielle Bastien** propose de réfléchir à partir de la passivité comme déclinaison contemporaine de la question du féminin des hommes et des femmes. Ne faut-il pas à ce propos reprendre certains discours marquants, tel celui de **M. Mead**, « *L'un et l'autre* », et celui par la suite de **E. Badinter**, « *L'un est l'autre* ». Il faut à la fois que le genre n'empêche pas de penser au nom du combat mais également ne pas rester dans une récitation psychanalytique. A ce propos, les travaux de Sheffer n'ouvrent-ils pas de nouvelles perspectives en proposant comme princeps le refus du féminin. La clinique actuelle ne remet-elle pas également en question le désir d'enfant d'une femme ?

**Hughes Hamoir** avance quant à lui qu'il ne suffirait plus aujourd'hui de s'appuyer sur le genre mais bien au

contraire de le confirmer jusqu'à un point tel où l'on pourrait dire que l'homme ou la femme désirant(e) serait mal venu(e).

**Jean-Pierre Delchambre** fait remarquer que l'usage de ce terme en anglais a une connotation plus engagée fort différente de la nôtre. Par ailleurs, s'il est exact que les ouvrages cruciaux à ce propos sont ceux d'auteurs tel que **Foucault**, **Iacub**, **Veyne**... il s'agit cependant d'être attentif au fait que la sexualité fut à une époque une question statutaire et non une question identitaire, ce qui est parfois difficile à comprendre pour des générations actuelles.

De même il s'agit de prendre en compte que les mouvements et les discours de libération n'ont pas été sans provoquer des nostalgies, des malaises, des retours à la moralité comme rempart refuge... Les difficultés relationnelles actuelles de l'intime ne sont-elles donc pas l'envers des libérations de société ?

A travers ces différents travaux – *“La débrouille des familles”*, *“Des hommes sur le fil”*... -, **Pascale Jamouille** continue à montrer les conséquences de la précarisation sur la sphère de l'intimité et les relations homme /femme.

C'est à partir du quartier turc bruxellois qu'elle montre combien les ghettos et les replis contribuent à une réappropriation et à une réinterprétation du Coran.

Ils soutiennent un certain statut de la femme et la pratique de mariage arrangé. Si en effet il y a aspiration vers le modèle démocratique, l'acceptation du modèle autoritaire est toujours présente et, sans conteste, les travaux de **Bourdieu** sur la domination masculine restent pleinement d'actualité.

Mais ceux-ci sont à mettre en lien avec ceux de **Fr. Couchard** sur le fantasme de séduction dans la culture musulmane.

**Catherine Petit** a pris le pari d'interroger d'autres femmes en groupe sur leurs devoirs : *“Femme de devoir - devoirs de femmes”*

Au cours d'une longue enquête, elle dit avoir renoué avec le plaisir et les potentialités de la conversation. Dans le travail de décryptage qui a suivi, elle s'est appuyée en particulier sur l'ouvrage de **B. Williams** *“La fortune morale”*. Un ouvrage qui souligne l'importance de la participation émotionnelle dans les décisions éthiques - causes “d'incertitude”, comme le formule **A. Ehrenberg**.

**Isabelle de Ville** fait ainsi référence à l'influence du Québec qui est non négligeable, non seulement au niveau du débat sur la masculinité et de l'apparition de groupe de paroles d'hommes, mais aussi au niveau de programme sur la violence intra-conjugale – Programme Praxis, en collaboration avec Amnesty international.

En ce qui concerne le milieu de la prostitution, **Isabelle**

**Jaramillo** indique qu'il s'agit désormais à la fois d'être attentif à la différence entre transsexuel, transgenre, travesti tout en étant respectueux de la manière dont chacun souhaite être nommé. Il s'agit aussi de rappeler combien la prostitution est l'objet d'enjeux de commerce et de trafic.

Au cours des années, différentes vagues d'arrivage ont eu lieu et, actuellement, il s'agirait principalement de femmes latino-américaines, en particulier d'origine équatorienne.

Il reste aussi à se demander à quoi la prostitution vient répondre... Quelle est, à ce propos, la place de l'homosexualité, de l'engagement et de la fidélité dans les couples ? Par ailleurs il s'agit également de reconnaître l'autre vie de ces femmes qui travaillent dans la prostitution.

**Jean-Pierre Jacques** met, quant à lui, l'accent sur les résistances que peuvent susciter les questions sur la sexualité, et en particulier celles qui concernent le transsexualisme.

N'y a-t-il pas eu et n'y a-t-il pas encore une réelle crispation tant du côté médical que psychanalytique ? Ne s'agit-il pas à ce propos de suivre **Fr. Héritier** et de tirer les conséquences de la fin des 4000 ans de domination masculine ? Auquel cas nous nous trouvons en effet devant des réalités telles que selon certain(e)s on pourrait se passer de l'homme et du père. Des ouvrages tels que ceux de **R. Merle** *« Les hommes protégés »* nous laissent entrevoir des situations qui ne sont plus désormais du pur registre de la fiction. Nous sommes à la fois plongés dans le supermarché du genre Internet et dans des questions difficiles de savoir ce qu'est l'identité, quel est son support ?

**Frédéric Burdot** souligne combien les demandes concernant l'identité sexuelle suscitent de nouvelles questions et remettent en cause de nombreux points des théories.

Ses références sont principalement Stoller, Chiland et Aude Michel. Bien que **Stoller** s'inscrive fortement dans une voie déterministe, il n'en demeure pas moins que ses observations cliniques et que son hypothèse concernant la relation entre la mère et l'enfant sont pertinentes. **Chiland**, quant à elle, s'interroge sur la notion de symbiose bienheureuse, a-conflictuelle observée par Stoller. La demande transsexuelle est avant tout l'expression d'un trouble narcissique. Pour **Aude Michel**, *« Les troubles de l'identité sexuée »*, l'organisation psychopathologique du transsexualisme n'est pas réductible aux trois structures, faute de mieux elle s'apparente aux borderlines.

Pour Burdot une question centrale porte sur l'incapacité de pouvoir changer psychiquement et dès lors de s'orienter vers un changement physique. Cela recouvre les questions de la différence, de la reconnaissance. Il s'agit également de resituer ces questions parmi d'autres comme celle par exemple de l'allongement de la verge, comme si là aussi il y avait du « pas assez de masculin ». La difficulté ne réside-t-elle pas dans le nouage entre symbolisation et identification ?

**Danièle Peto** pose, quant à elle, le débat au niveau des représentations de normes et de comportements afin d'interroger l'ouverture qu'il y a entre choses du sexe et choses de l'amour. Il s'agit en effet de reprendre ces questions dans les suites de la révolution sexuelle comme des oscillations entre tradition et modernité. Suivant **A. Giddens**, il s'agirait de s'appuyer sur la relation d'intimité comme modèle permettant de voir les dimensions spécifiques de la modernité, et en particulier une lecture sociologique du couple de la modernité. L'enjeu de ces questions est de répondre à la question comment penser le respect dans la relation amoureuse, mais plus encore comment penser le respect de soi, le respect de l'autre et d'en dégager les pressions normatives internalisées.

Pour **Fouad Lahssaini**, c'est également l'ouvrage d'**E. Badinter** qui fut déterminant dans sa réflexion et dans laquelle c'est l'inévitable et inexorable ascension de la femme qui se rencontre. Ce serait bien aujourd'hui à des questions de place auxquelles nous aurions affaire et ce serait donc le genre en tant que sexe social qui aurait place du sexe en tant que tel. Si les années 60 ont été marquées par la libération aujourd'hui, ce sont plutôt l'identification et la reconnaissance qui restent cruciales. Le genre est ainsi le signe d'une nouvelle configuration tant au niveau de la famille que au niveau du couple. L'expérience clinique démontre ainsi combien nous assistons aujourd'hui à une déconstruction et à une déstabilisation au sein du couple. Ce mouvement a remis en question le fondement même des institutions qui demeurait patriarcal dans son élaboration et son fonctionnement : la famille et l'école sont ainsi également remises en question dans leur fonctionnement néo-traditionnel.

Pour ce qui concerne la famille immigrée nous pouvons distinguer deux étapes importantes au sein des générations, tout d'abord la découverte par les femmes de leurs droits, puis l'accession à une certaine autonomie, les conséquences sur le statut du père sont manifestes et peuvent se retrouver dans des replis identitaires et /ou des dépressions. Une des questions essentielle n'est elle pas de savoir aujourd'hui ce qu'est une famille contemporaine ?

**Pascale Champagne** avoue qu'elle n'apprécie pas trop ce mot et l'approche qui le soutient car le genre ne vient-il pas comme à ce qui s'oppose à l'animal. Par ailleurs, il y a aujourd'hui des travaux remarquables tels ceux de **Jacqueline Scheffer** qui démontrent ce qu'il en est de se laisser pénétrer par la pulsion, comme ce qu'il en est de la rencontre du féminin par une femme dans la rencontre avec un homme ; dans le même questionnement se retrouve le travail de **Didier Dumas** à propos de la masculinité masculine.

Il y a également des auteurs actuels tels que **Marcel Moreau**, **Pascal Quignard**, **Bernard Noël** mais aussi **Marina Tsvetaeva**, **Duras** ou **Sollers**. Par ailleurs, il est

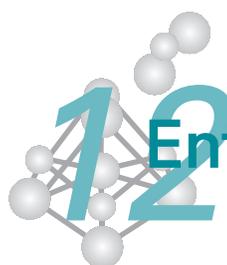
sûr que dans les institutions psycho-sociales le genre pose inéluctablement des difficultés tant dans les équipes, qu'avec les patients ... Les associations de psychanalystes n'échappent d'ailleurs pas à la règle.

**Catherine Millot** fait également partie de ces auteurs ; son essai sur le transsexualisme comme hors sexe n'a pas été sans susciter de nombreux remous.

Ainsi que vous le constatez il existe, en effet, de multiples façons d'aborder la question du genre et ce, non seulement à partir de différents terrains, mais aussi par les références. Cependant il apparaît aussi qu'il existe des traits communs et des questions transversales qui portent en effet sur l'émergence du genre comme sexe social, lui-même déjà dépassé aujourd'hui par de nouvelles données scientifiques et par d'autres également qui sont issues du quotidien jusqu'à et y compris des mouvements qui revendiquent d'être hors sexe.

Il n'est pas fréquent que le thème du genre soit abordé à partir de telles perspectives... Nous tâcherons ensemble d'en tirer les questions et les conséquences qui en ressortiront.





## Enfance - Adolescence

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°12** L'école, un défi de citoyenneté

**Vendredi 25 mai**

**ATELIER n°12bis** Autour de l'enfance :  
quelles responsabilités ?

*Responsables d'atelier : Bernard Dehan, Anne Labby*

### L'école, un défi de citoyenneté

Bernard DEHAN,  
psychologue.  
Coordinateur du Projet Adolescents à la L.B.F.S.M.

Le terme de défi est rarement usité dans le champ de la santé mentale. Mais lorsque notre pratique de clinicien est interpellée par l'école, il nous faut pouvoir nous incliner et nous pencher sur ce terme.

L'école représente une des bases institutionnelles majeures soutenue par le social et dont l'objectif est de transmettre afin d'assurer l'avenir du social lui-même.

L'école traditionnelle a longtemps fonctionné sur le modèle de l'obéissance, du respect et d'une certaine soumission à l'autorité. Il est intéressant de constater dans le Petit Robert que ces trois termes sont les exacts contraires du mot « défi ». Celui-ci est défini comme l'action de défier, en combat singulier, à une compétition.

Nous voyons déjà là combien la rencontre de deux générations est en soi conflictuelle, à tout le moins en

compétition. Plus loin, un défi relève de la déclaration provocatrice par laquelle on signifie à quelqu'un qu'on le tient pour incapable de faire une chose. L'école ne serait plus « chiche », plus capable de faire face au refus de soumission, au refus de s'incliner.

Elle s'inclinerait à son tour face à la bravade, aux provocations, voire aux insultes.

Il est vrai actuellement que l'école subit un procès d'incapacité par le social lui-même, parfois par des parents... ou des professionnels de la jeunesse ; bref tout le monde s'en mêle.

L'école n'a plus à gérer seulement son compétiteur naturel, les élèves, mais sa base même – un social quelque peu désorienté.

Dès lors, est-ce faire vœu de faiblesse de la part de l'école que de s'incliner ? La nuance consiste entre « *mordre la poussière* » et « *donner des marques de respect, d'humilité* ».

Le grand défi de l'école aujourd'hui, c'est d'être humble et ne pas céder sur sa fonction. L'école a tout à gagner à se respecter elle-même dans la force de ses limites.

Non, elle ne peut assumer l'ensemble des délitements sociétaux et jouer le jeu de « *vivre ensemble sans autrui* » (J-P Lebrun).

La définition d'autrui et son rapport à soi-même reste

l'oxygène de l'air que l'école respire.

S'incliner peut s'avérer une force, une manière de prendre soin de la jeunesse. Non comme une réponse aux interpellations du social à son égard, mais comme une définition de son action auprès de la jeunesse dans le but de pouvoir en soutenir les nombreuses potentialités à venir.



## Autour de l'enfance : quelles responsabilités ?

Anne LABBY,  
psychologue.

Coordinatrice du Projet Enfants à la L.B.F.S.M.

La question de la place de l'enfant a toujours constitué un point de repère dans la progression de la modernité. Lorsque plusieurs auteurs, sociologues et philosophes, retracent l'histoire des représentations de l'enfance et de leurs transformations, ils affirment que jamais les relations au monde de l'enfance n'ont été aussi complexes qu'aujourd'hui.

A ce jour, l'enfant appartient virtuellement à la communauté des égaux capables d'indépendance mais est encore inapte à en faire partie. La responsabilité de la communauté des adultes est donc engagée quant à la capacité de lui permettre d'y accéder. Il s'agit donc de limiter l'accès de l'enfant à l'égalité pour préserver les possibilités d'une relation éducative respectueuse sans induire une régression vers un autoritarisme ancien. La Convention internationale des droits de l'enfant a d'ailleurs été l'occasion de relancer la polémique entre les partisans de la libération des enfants et les partisans de leur protection.

Le monde politique ainsi que les milieux juridique et socio-psy sont confrontés à cet éclatement de repères et il nous paraît dès lors pertinent, dans le cadre de ce Congrès, de nous arrêter sur ce que nous apprennent les enfants et leurs familles à travers leurs symptômes. Temps d'arrêt afin de repenser le concept de responsabilité au niveau de l'enfant et de ses parents, au niveau des professionnels qui accompagnent ces familles ainsi qu'à un niveau politique.

L'atelier poursuit l'objectif de se mettre au travail autour de ces nouveaux enjeux en multipliant les grilles de lecture afin de dynamiser le processus de réflexion.

**Amaury de Terwangne** nous éclairera sur ce que le Droit nous enseigne quant au regard porté par la société sur l'évolution du concept de parentalité et sur la responsabilité de l'enfant. Il précisera les paradoxes dans lesquels les familles sont impliquées autour du concept de faute. Il nous parlera également de certaines implications politiques liées au fait que l'article sur l'assistance éducative de la Loi de 1965 est tombé progressivement en désuétude.

A travers sa pratique clinique, **Anne Thevenot** visera d'une part à montrer comment les sujets s'appuient sur les signifiants véhiculés dans les formes actuelles d'organisation du lien social pour mettre en forme leur problématique psychique et d'autre part à en repérer les enjeux dans le travail clinique avec les enfants et leurs parents.

Dans le contexte de la séparation et du divorce et plus précisément autour des enjeux portant sur la parole de l'enfant, **Manoëlle Descamps** mettra en évidence à quel point le concept de responsabilité est au coeur du débat : qu'en est-il de la responsabilité des parents, de la responsabilité de l'enfant, des responsabilités assignées aux différents professionnels concernés par l'accompagnement. Plus précisément, se pose la question de l'articulation des valeurs et des normes auxquelles les différents champs professionnels se réfèrent sachant que pour les psy, l'enfant est un sujet dont la parole dit quelque chose de la vérité familiale et/ou de sa vérité subjective.

A partir d'une grille de lecture anthropologique et sociologique, **Patrick Govers** nous invitera à réfléchir sur l'évolution des pratiques psychosociales et sur les

liens entre psychologisation à outrance dans le social et la parentalité. Il se réfèrera au cloisonnement actuel de la société, aux contradictions que recèle la notion d'égalité ainsi qu'à la perversion des concepts d'autonomie et de responsabilité c'est-à-dire sur la façon dont ces deux termes ont été récupérés après les mouvements sociétaux de mai 1968.

Dans ce contexte, il situera également l'émergence de certaines initiatives politiques notamment le projet des stages parentaux.

**Pierre Delion** se centrera plus particulièrement sur l'impact de la « mouvance » sociétale actuelle sur la fonction parentale. Plus rien ne paraît acquis au regard des nouvelles réalités qui émergent : paupérisation, changement de valeurs, effacement des limites, affaiblissement du système éducatif,...

Il mettra en évidence la complexité de la fonction parentale qui requiert des approches complémentaires et diversifiées en soulignant plus particulièrement à

quel point la parentalité est une expérience subjective impliquant des processus psychiques conscients et inconscients. Dans un contexte où faute de réflexion suffisamment approfondie, la notion même de soutien à la parentalité risque de dériver de plus en plus souvent vers une notion normative avec risque de se rallier à des réflexes de catégorisation, de conformité et de référence à des valeurs standard, la responsabilité des psy est à nouveau au coeur du débat.

L'accompagnement parental ne se limite pas à donner des informations et des consignes dans un cadre précis, il s'agit d'accompagner les processus de maturation psychiques propres à la fonction parentale. Responsabilité qui sous-tend dans le processus d'accompagnement la question de la transmission des modalités de contenance et des transformations psychiques qu'elles nécessitent dans le respect des différentes formes d'organisation des familles.





## Tangage dans la filiation, roulis dans la procréation. *Une société qui ne se contient plus ?*

**Jeudi 24 mai**

**ATELIER n°13** Tangage dans la filiation,  
roulis dans la procréation.  
*Une société qui ne se contient plus ?*

*Responsable d'atelier : Francis Martens*

Francis MARTENS,  
psychologue, anthropologue, psychanalyste.

Face aux vacillements des repères culturels, aux tensions intimes et collectives qui s'ensuivent, il est tentant d'esquiver le questionnement «politique», au sens fort du terme – celui qui interroge les conditions mêmes du vivre ensemble – au profit d'une médicalisation anesthésiante de la souffrance sociale.

Nous tenterons de réfléchir, au sein de cet atelier, à quelques aspects fondamentaux du bouleversement sociétal que nous avons la chance et l'inconfort de traverser. Inconfort, car plus aucune réponse machinale ne suffit.

Chance, car pour la première fois depuis le début de l'histoire connue, commencent à se concrétiser, entre les femmes et les hommes, des rapports d'égalité qui ne fassent pas l'impasse sur leur différence.

Un des prix forts à payer s'avère le désarroi de beaucoup face à la modification de la donne en matière de filiation et d'éducation. A la perplexité et à la souffrance des parents et des enseignants – orphelins de balises - répond celle des enfants dont beaucoup ne se contiennent plus.

Une première réflexion tentera d'aller au coeur *anthropologique* des bouleversements en cours.

Une deuxième montrera comment le *droit* est appelé tant bien que mal à les contenir.

Une troisième approche illustrera combien le retissage de liens sociaux qui fassent sens peut avoir, à lui seul, un effet spectaculairement *thérapeutique*.

Près de la moitié du temps sera consacrée à une réflexion en commun entre les intervenants et l'ensemble des participants à l'atelier.





## Accessibles au Psycendoc

### Table des matières de la bibliographie

## Congrès

### *Jusqu'ici tout va bien...*

#### *Mouvements en santé mentale entre clinique, social et politique*

### I. BIBLIOGRAPHIE PAR ORATEURS

Ahammad, Mounia  
Aucremanne, Jean-Louis

Balestrière, Lina  
Bare, Dominique  
Bastien, Danielle  
Bédère, Serge  
Benasayag, Miguel  
Benslama, Fethi  
Bibeau, Gilles  
Blondieau, Luc  
Burquel, Charles

Cartuyvels, Yves  
Colinet, Luc  
Conrotte, Joëlle  
Cozic, Jean-Yves

D'Alcantara, Ann  
De Halleux, Bruno  
Deliège, Isabelle  
Delion, Pierre  
Demangeat, Michel  
De Munck, Jean  
Descamps, Manoëlle  
De Villers, Guy  
Douville, Olivier  
Dufour, Dany-Robert

Encalado, Jean-Claude  
Englert, Anne

Florence, Jean  
Fouchet, Philippe  
Franssen, Abraham  
Furtos, Jean

Genard, Jean-Louis  
Gori, Roland  
Gustin, Pascale

Heinis, Michel  
Hennaux, Philippe  
Henriquet, Marie-Cécile  
Hers, Denis  
Hirsch, Denis

Jacques, Jean-Pierre  
Jamoulle, Pascale  
Josson, Jean-Marc  
Joubert, Michel

Kaminski, Dan  
Kammerer, Pierre

Laval, Christian  
Lebrun, Jean-Pierre  
Lebrun, Thierry  
Lestarquy, Didier  
Louzoun, Claude

Marchal, Pierre  
Martens, Francis  
Martin, Jean-Pierre  
Masson, Antoine  
Mazzocchetti, Jacinthe  
Messens, Eric  
Métraux, Jean-Claude  
Metz, Claire  
Moisseeff, Marika

Oury, Jean

Pain, Jacques  
Pommier, Gérard

Robert, Véronique  
Robin, Didier

Schotte, Jacques  
Schurmans, Dan  
Segers, Marc  
Servais, Olivier  
Seunier, Patricia

Thevenot, Anne  
Tousignant, Michel

Van de Wijngaert, Thierry  
Vanoeteren, Alain  
Verhaegen, Lydwine

Zenoni, Alfredo  
Zombek, Serge

### II. BIBLIOGRAPHIE PAR THEMES

#### ATELIER 1 et 1bis : ACTUALITE DE LA VIOLENCE

Actualité :  
. Violence scolaire  
. Insécurité urbaine

Violence en général  
Danger  
Violence sur soi-même  
Violence et histoire  
Violence sur professionnels

**ATELIER 2 : ENGAGEMENT ET RESISTANCES :**  
*des pratiques professionnelles à la question politique*

**ATELIER 3 : SANTE MENTALE EN CONTEXTE SOCIAL**  
**- PRECARITES**

Psychanalyse et précarité  
Logement  
SDF  
Travail de rue  
Chômage  
Exclusion

**ATELIER 4 : LES RESEAUX :** *des dispositifs thérapeutiques ou pathogènes ?*

Réseaux et circuits de soins

**ATELIER 5 : SANTE MENTALE ET ARTIFICES**

Procréation Médicalement Assistée  
Internet

**ATELIER 6 : HIATUS ENTRE CLINIQUE ET « BONNES PRATIQUES »**

Evaluation

**ATELIER 7 : MIGRATIONS ET RUPTURES, INTERCULTURALITES ET EXILS, REPRESENTATIONS ET CONCEPTIONS AUTOUR DU SOINS**

Migration  
Réfugiés  
Exil  
Relations Professionnels de la santé mentale / patients d'un autre pays

**ATELIER 8 : VILLES ET SANTE MENTALE**

Insécurité urbaine  
Ville et santé mentale

**ATELIER 9 : HISTOIRE COLLECTIVE, HISTOIRES SINGULIERES**

**ATELIER 10 : LA FABRIQUE DU SYMPTOME :** *conceptions et usages*

**ATELIER 10bis :** LA FABRIQUE DU SYMPTOME : les outils de fabrication

**ATELIER 11 : CONSTRUCTION ET DECONSTRUCTION DU GENRE HOMME-FEMME**

**ATELIER 12 : L'ECOLE, UN DEFI DE CITOYENNETE**

Ecole en général

Partenariat Professionnels de la Santé Mentale / Ecole  
Ecole et violence  
Ecole et culture  
Troubles de l'apprentissage  
Troubles de l'adaptation  
Absentéisme / Refus scolaire  
Echec scolaire

**ATELIER 12bis :** *AUTOUR DE L'ENFANCE, QUELLES RESPONSABILITES ?*

Enfant et l'autorité

**ATELIER 13 :** *TANGAGE DANS LA FILIATION, ROULIS DANS LA PROCREATION. UNE SOCIETE QUI NE SE CONTIENT PLUS ?*

Les repères  
Le lien social

## DIVERS

Mutations sociétales  
Santé mentale et perspectives  
Santé mentale et réflexion  
Psychiatrie et réflexion

## 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

*La bibliographie complète portant sur le Congrès Jusqu'ici tout va bien... peut être obtenue sur simple demande adressée directement à Ariane Coppens, documentaliste du Psycendoc, aux coordonnées reprises ci-dessus.*



# Agenda du secteur

## ■ Pré-annonce Colloque

A l'occasion de ses 40 ans,  
le Centre Chapelle-aux-Champs organise

un colloque pluridisciplinaire avec pour thème :

Filiation  
Sexuation  
Identité

jeudi 29  
et vendredi 30 novembre 2007

au CENTRE CULTUREL DE WOLUWÉ-SAINT-PIERRE

Avec la participation de :

Jacqueline Schaeffer  
Guy Ausloos  
Marcel Gauchet  
Françoise Héritier  
Alain Badiou

Le titre du colloque pointe 3 enjeux fondamentaux qui traversent notre travail clinique en santé mentale :

*Le caractère transgénérationnel des souffrances tant individuelles que familiales interroge la filiation et la problématique des origines, autant que les appartenances sociales, culturelles et institutionnelles des sujets. Le travail psychique de différenciation et d'appropriation d'une identité sexuée pose la question de la sexuation, autrement dit de l'articulation du sexe propre au sexuel toujours rebelle.*

*Le devenir identitaire ainsi esquissé au travers de sa dimension sexuée ouvre sur la question plus large de l'identité, au travers des identifications et aliénations du sujet dans un environnement contemporain aux mutations constantes.*

CENTRE CHAPELLE-AUX-CHAMPS a.s.b.l.  
Service de Santé mentale agréé  
par la COCOF

UCL  
Université catholique de Louvain  
Faculté de Médecine

Nous vous invitons dès maintenant à réserver ces dates !

Pour vous pré-inscrire et recevoir le programme détaillé du colloque :  
[fleur.laloux@apsy.ucl.ac.be](mailto:fleur.laloux@apsy.ucl.ac.be)

# Agenda de la L.B.F.S.M.

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, en partenariat avec

- Les revues « **Enfances & Psy** » et « **Enfances et Adolescences** »,
- L'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Université Catholique de Louvain (APSY-U.C.L.),
- L'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.)
- La Société Belge de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées (S.B.P.E.A.D.A.)

*et avec le soutien de*

*la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale*

organise

**les 17 & 18 janvier 2008**

## un colloque

### **“ De l'autre côté du miroir ”**

*Les adultes en souffrance psychique et leurs enfants :  
comment vivre et grandir ensemble ?*

#### **Orateurs déjà confirmés**

Dominique **CHARLIER**, Blandine **FAORO-KREIT**, Edith **GOLDBETER**, Jean-Yves **HAYEZ**, Patrice **HUERRE**,  
Nicolas **GEORGIEFF**, Alain **LAZARTIGUES**, Christian **MILLE**, Arlette **SEGHERS**, Daniel **SIBERTIN-BLANC**.

#### **Le Comité d'organisation :**

- Dominique Charlier, Jean-Paul. Matot - **Revue « Enfances et Adolescences »**
- Patrice Huerre, Antoine Leblanc et Fabienne Nardot-Henn - **Revue « Enfances & Psy »**
- Jean-Yves Hayez, Arlette Seghers, Frédérique. Van Leuven - **APSY-U.C.L.**
- Véronique Delvenne - **S.B.P.E.A.D.A.**
- Jocelyne Appelboom - **U.L.B.**
- Eric Messens, Anne Labby, Cathy Caulier, Michèle De Bloudts - **L.B.F.S.M.**

## Argumentaire

Les professionnels de l'enfance et de l'adolescence rencontrent régulièrement des jeunes dont le père, la mère, ou un adulte proche est en difficulté psychique. Cette souffrance peut être reconnue et bénéficier de soins. Parfois, elle peut être perçue par l'entourage, mais difficilement admise par les adultes concernés, qui n'estiment pas devoir recevoir de soins. Enfin, la souffrance elle-même peut être niée, ou exprimée sans qu'on puisse la nommer.

De leur côté, les professionnels qui travaillent avec les adultes sont de plus en plus attentifs à prendre en compte la dimension de la parentalité, et à tenir compte des enfants de leurs patients.

Les questions qui se posent aux professionnels sont nombreuses et délicates.

Autour de cette idée, les deux journées d'étude permettront aux intervenants de champs différents de se rencontrer, de confronter leurs questions et de construire des ponts entre leurs pratiques :

- celle des professionnels de l'enfance, et celle du soin aux adultes,
- celui des secteurs de l'hospitalier et de l'ambulatoire,
- enfin, les champs du médical, du social et du judiciaire.

Ces journées aborderont les avancées théoriques et reflèteront les expériences de terrain. Elles sont ouvertes à tous les professionnels de l'enfance, qu'ils interviennent en psychiatrie infanto-juvénile, en pédiatrie, dans le secteur social ou dans le milieu scolaire, et à ceux qui s'occupent des adultes en souffrance psychique.

Parmi les questions que se posent les uns et les autres, cinq axes pourront être explorés au travers des plénières et des ateliers :

### **1° Que représente, pour un enfant ou un adolescent, le fait de vivre et de grandir avec un parent en souffrance psychique ?**

Qu'en est-il de l'impact sur les interactions et la vie quotidienne familiale ? Espace psychique, lien d'attachement, processus de différenciation, construction identitaire, transmission, autant de concepts qui reviennent chez les cliniciens qui tentent de penser ces processus.

### **2° Comment se décline le processus de parentalité dans ces conditions particulières ? La maladie mentale avérée a-t-elle des conséquences sur la parentalité ?**

Jusqu'où intervenir pour un professionnel de l'enfance et de l'adolescence, ou, à l'inverse, quand un soignant des parents s'inquiète de l'impact de la parentalité chez son patient et/ou du devenir des enfants ? Cette question est d'autant plus aiguë à une époque où la difficulté psychique d'un parent est évoquée dans plus de deux tiers des placements d'enfants.

### **3° Quels sont les effets tant sur les malades que sur leur entourage de nos représentations sur la souffrance psychique ?**

A travers nos modélisations de l'origine, du déclenchement et de l'évolution de la maladie mentale, des messages implicites ou explicites sont véhiculés vis-à-vis de chacun.

Comment « bien » parler de la maladie mentale aux adultes, aux enfants, aux adolescents en tenant compte de ces représentations qui nous occupent tous ?

### **4° La question des dispositifs et des liens à créer entre intervenants**

Elle se pose également et les problèmes varient suivant les lieux où ils sont identifiés. Comment articuler, dans les champs psychologique, médical, judiciaire ou social, les soins donnés aux adultes et ceux donnés aux enfants ? Comment continuer à penser quand les intérêts des uns et des autres semblent inconciliables ? Quels dispositifs quand c'est la souffrance de l'enfant qui permet à ses parents d'accéder aux soins, mais que ceux-ci n'ont pas de demande de soins pour eux-mêmes ? Enfin, quelle place pour la prévention ?

### **5° Qu'en est-il des ressources qui ne peuvent manquer de surgir dans ces situations ?**

En effet, de nombreuses personnes en très grande difficulté psychique se passent de l'aide des professionnels et ne s'en portent pas toujours plus mal. Qu'est-ce qui constitue des tuteurs de résilience pour les enfants et les adolescents qui vivent au quotidien avec un parent malade ?

Toute personne désireuse d'intervenir au Colloque est invitée à faire parvenir un texte d'une page A4 (en Word 2000 ou inférieur sous Windows XP ou inférieur), présentant son projet au Comité d'organisation, pour **le 15 juillet 2007** au plus tard, en l'adressant :

par mail à [debloudts.lbfsm@skynet.be](mailto:debloudts.lbfsm@skynet.be)  
par courrier à l'adresse du secrétariat du Congrès

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT** Personne de contact : *Michèle De Bloudts*

Secrétariat de la **Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale** 53, rue du Président – 1050 Bruxelles, Belgique

tél : 0032 (0)2 511 55 43 - fax : 0032 (0)2 511 52 76 - e-mail : [debloudts.lbfsm@skynet.be](mailto:debloudts.lbfsm@skynet.be)



A paraître en septembre 2007, Mental' **idées** n°11