

Editeur responsable :
Eric Messens
53 rue du Président
1050 Bruxelles

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

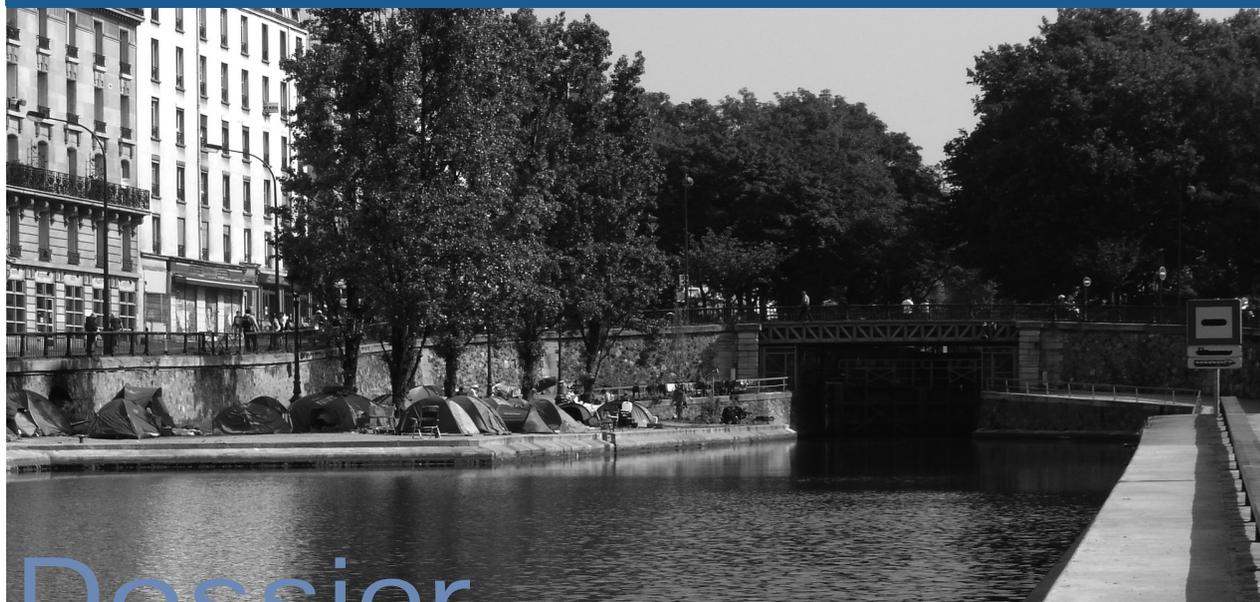
ISSN 1780-0951

n° 11
09/2007



Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

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



Dossier
Souffrance et Société

Mental, idéas

Sommaire

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](#)

*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 3
Eric Messens

Agenda de la L.B.F.S.M. 4
- Le 10 octobre, la Ligue a 30 ans... Invitation 4
- DVD "Mémoires de psys" - Nicole Dopchie 5
- Colloque "De l'autre côté du miroir" 6
17 et 18 janvier 2008 à Bruxelles

Groupes et Coordinations thématiques 10
- Programme de travail 2007-2008
Groupes de travail 10
Coordinations 14

Dossier Souffrance et Société 24

Jean Furtos
*Les effets cliniques de la souffrance psychique
d'origine sociale* 24

François Colinet
*La fragilité chez Miguel Benasayag
comme alternative au désenchantement
de l'individu postmoderne* 34

Entretien avec Luc Colinet
Professeur, médecin, thérapeute... guérisseur :
"Celui qui réaccorde au monde " 37

Agenda du secteur 46

Mémoire de Ligue... 30 ans, le 15 septembre !

Au cours de toutes ces années, elle a pris une place dans le monde institutionnel, politique, à Bruxelles, dans le pays, mais aussi en Europe et parfois jusque dans des pays du grand sud. Quelle place ? Celle voulue par les fondateurs... ?

Les grands anniversaires sont des moments de choix, pour revenir sur l'histoire et poser la question des objectifs et des résultats, pour comprendre ce qui a réussi ou échoué, pour mesurer les acquis, se souvenir des grands événements organisés, pour s'étonner des effets imprévus ou encore promouvoir les valeurs défendues par l'assemblée des membres.

L'histoire est de toutes façons multiple : elle est celle de 9 présidents, 80 administrateurs, 3 directions, d'une quinzaine de collègues successifs pour l'équipe permanente et d'un renouvellement chaque année de plus ou moins 25 coordinateurs et animateurs de groupes de travail et surtout de l'adhésion progressive de 70 associations membres. Elle est faite des apports et de l'effort conjugués de tous ceux et celles qui se sont impliqués dans sa construction.

De septembre 2007 à juin 2008, nous vous proposons une année anniversaire et nous vous invitons déjà à découvrir quelques-unes des initiatives programmées pour la commémorer.

Trois nouveaux groupes de travail seront lancés : dès le mois d'octobre, « Santé Mentale et Modernités », ensuite un groupe destiné aux étudiants et aux jeunes travailleurs de la santé mentale, et, un groupe autour du thème des cliniques ambulatoires en collaboration avec la Fédération des Services de Santé Mentale bruxellois.

A l'occasion de la Journée Mondiale de la Santé Mentale, le 10 octobre, les membres de la Ligue seront invités à une après-midi de rencontre autour de la présentation de films consacrés à deux figures de la pédopsychiatrie belge et française, le Professeur Nicole Dopchie et le Professeur Roger Misès.

En janvier, nous organiserons un Colloque de deux jours « De l'autre côté du miroir » sur le thème des adultes en souffrance psychique et de leurs enfants.

Enfin, un cycle de séminaires de formation destinés aux jeunes professionnels est en préparation qui se déroulera tout au long de l'année 2008, confirmant ce désir de transmission vers les plus jeunes qui nous anime aujourd'hui au sein de la Ligue.

Ce numéro de rentrée de Mental'Idées contient déjà de nombreuses informations concernant ces différents événements.

Mental'Idées ne sort cette fois qu'en format électronique, un moyen que la modernité nous donne pour économiser de l'argent et équilibrer les finances de la Ligue ébranlée par l'organisation en mai dernier, d'un Congrès que nous avons voulu transversal, largement ouvert à des pensées multiples, et donc coûteux...

Notre dossier thématique de rentrée est consacré au thème « Souffrance et Société ». L'idée nous est venue dans l'après-coup du Congrès « Jusqu'ici tout va bien ».

Parmi les nombreuses questions traitées au cours de ces journées, les participants ont manifesté un enthousiasme assez consensuel pour les propos tenus par le Docteur Jean Furtos.

En primeur et avant même toute publication d'actes, nous lui avons proposé de revenir par écrit sur le sujet qu'il avait exposé en séance plénière. Nous invitons nos lecteurs à découvrir ce texte majeur : « Les effets cliniques de la souffrance psychosociale d'origine sociale » car il constitue, à nos yeux, une base incontournable pour penser le travail quotidien en santé mentale confronté au trouble des repères anthropologiques.

Pour compléter ce dossier, nous vous proposons un article de François Colinet sur les travaux de Miguel Benasayag, également orateur au Congrès. Il nous a paru important d'associer cette réflexion à celle développée par Jean Furtos.

Et enfin, l'interview réalisée par notre collègue Françoise Herrygers auprès du docteur Luc Colinet, médecin et thérapeute au S.S.M. Le Méridien, et responsable de la Coordination Santé mentale et Précarités à la Ligue, car son témoignage trouve sa juste place dans ce dossier. C'est aussi pour nous l'occasion de le remercier de sa collaboration et de son engagement à défendre un accès au soin et une parole reconnue pour les plus fragilisés ; un engagement humain qui a fait trame tout au long de sa carrière.

Nous vous fixons rendez-vous le 10 octobre, pour une agréable après-midi évocatrice d'un passé fondateur, d'un présent qui engage à la vigilance et d'un futur en question mais dans lequel nous croyons. Venez nombreux pour regarder, écouter et transmettre !

*Eric Messens,
directeur.*

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

30^{ème}
anniversaire

A l'occasion de la Journée Mondiale pour la Santé Mentale
et de son trentième anniversaire,

la Ligue

invite tous ses membres et toutes les personnes intéressées
à une après-midi de rencontre autour de la présentation de films consacrés à deux figures marquantes de la
pédopsychiatrie belge et française.

Le mercredi 10 octobre

au Théâtre "Le Public"
64-70 rue Braemt - 1210 Bruxelles

PROGRAMME

- 13h.00 Accueil des participants et Allocution d'ouverture
Benoît Cerexhe, Ministre chargé de la Santé à la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles-Capitale
- 13h.30 Projections
- *"L'ouverture de la psychiatrie aux enfants"*
Un entretien avec Nicole Dopchie
Un film produit par Psymages, la L.B.F.S.M. et le C.N.A.S.M.
 - *"Passé, présent et avenir de la pédopsychiatrie"*
Un entretien avec Roger Misès
Un film produit par le C.N.A.S.M. (Lorquin - France)
- 15h.00 Exposé du Professeur Roger Misès
- *"Histoire de la clinique de la prévention et des soins en pédopsychiatrie
et dans le champ élargi de la santé mentale".*
- Points de convergence et de divergence en Belgique et en France -
- Discussion avec
- Manoëlle Descamps • Francine Gillot-de Vries • Dr. Jean-Yves Hayez • Dr. Jean-Paul Matot
- 16h.30 Réception : cocktail et gâteau d'anniversaire

*Rencontre organisée avec le soutien
de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale*

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES :

P.A.F. : 10 euros (membres L.B.F.S.M.), 15 euros (non-membres), 5 euros (étudiants)

Inscription et réservation indispensables, étant donné le nombre de places limité, par courrier, téléphone, fax
ou mail au Secrétariat de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (L.B.F.S.M.)

53, rue du Président - 1050 Bruxelles

tél: 0032 (02) 511 55 43

fax: 0032 (0)2 511 52 76

e-mail : lbfsm@skynet.be

CNASM
LBFSM
PSYMAGES

présentent

dans la collection « *Mémoires de psys* »

L'OUVERTURE DE LA PSYCHIATRIE AUX ENFANTS

Un entretien avec Nicole DOPCHIE



DVD Belgique / France 2007 37 minutes

Entretien réalisé par : Françoise WOLFF

Auteurs-Réalisateurs :
Philippe HENNAUX,
Michel BATUGOWSKI. Martine LOMBAERS,
Michaël SPRENG

Producteurs :
www.cnasm.prd.fr
www.lbfsm.be
www.psymages.be

Fondatrice en 1974 du Centre de Guidance de l'Hôpital Universitaire St-Pierre à Bruxelles, chef du service de psychiatrie infantile à l'Hôpital Universitaire St-Pierre, professeur de pédopsychiatrie à l'ULB, Facultés de Médecine et de Psychologie.

Dans ce premier film de la collection « Mémoires de psys », Nicole Dopchie retrace l'aventure de la naissance et de l'évolution de la pédopsychiatrie en Belgique, dont elle fut l'une des principales pionnières.

Depuis son désir, dans les années 50, de faire de la « psychiatrie pour les enfants », à la création, 20 ans plus tard, de la première chaire de pédopsychiatrie de l'Université dont elle sera la première titulaire, Nicole Dopchie évoque son parcours, ce métier qu'elle a vécu « dans sa chair », ses combats, ses fiertés et ses doutes.

C'est également le portrait d'une personnalité hors du commun qui a marqué l'histoire de la pédopsychiatrie belge en ouvrant de nouvelles voies, décloisonnant des pratiques, développant des équipes pluridisciplinaires, et surtout..., en semant des pistes...

CONDITIONS :

Le Dvd est en vente au prix de 30 € aux endroits suivants :

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
Rue du Président, 53 -1050 Bruxelles - tél : 02 511 55 43

Le Fil d'Ariane
Rue de Veeweyde, 60 -1070 Bruxelles - tél : 02 520 94 37

Institut Wallon pour la Santé Mentale
Rue Henri Lemaître, 78 - 5000 Namur - tél : 081 23 50 15

Le prochain DVD de la collection "*Mémoires de psys*" à paraître :
- un entretien avec Léon Cassiers

De l'autre côté du miroir

Première annonce

Colloque 17 & 18 janvier 2008

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

Centre Culturel et de Congrès de Woluwé Saint-Pierre

Avenue Charles Thielemans 93 - 1150 Bruxelles

Organisé par

la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale,

en partenariat avec

- les revues *Enfances & Psy* et *Enfances et Adolescesces*,
- 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 Francophone de Psychiatrie et des Disciplines Associées de l'Enfant et de l'Adolescent (S.B.FPD.A.E.A.),

et avec le soutien

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

Comité d'organisation :

Dominique Charlier, Jean-Paul Matot - *Revue « Enfances et Adolescesces »*

Patrice Huerre, Antoine Leblanc, Fabienne Nardot-Henn - *Revue « Enfances & Psy »*

Jean-Yves Hayez, Arlette Seghers, Frédérique Van Leuven - *APSY-U.C.L.*

Véronique Delvenne - *S.B.FPD.A.E.A.*

Jocelyne Appelboom - *U.L.B.*

Eric Messens, Anne Labby, Cathy Caulier, Michèle De Bloudts - *L.B.F.S.M.*

Argument

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 est perçue par l'entourage, mais difficilement admise par les adultes concernés, qui n'estiment pas devoir recevoir de soins. Enfin, il arrive que la souffrance elle-même soit 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.

Autour des délicates questions suscitées par ces situations cliniques, 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 :

- celles des professionnels de l'enfance, et du soin aux adultes,
- celles des secteurs de l'hospitalier et de l'ambulatoire,
- et plus transversales, celles des champs du médical, du social, du scolaire 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 tous ceux qui s'occupent des adultes en souffrance psychique.

Pour ordonner les nombreuses questions qui se posent, cinq axes principaux seront 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 que 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 des effets de nos représentations ?



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, scolaire 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 élaborer quand c'est la souffrance de l'enfant qui permet à ses parents d'accéder aux soins et 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 ?

Des personnes en très grande difficulté psychique se passent de l'aide des professionnels et ne s'en portent pas toujours plus mal. Comment ont-ils construit leurs solutions ? Qu'est-ce qui constitue des tuteurs de résilience pour les enfants et les adolescents qui vivent au quotidien avec un parent malade ?

Orateurs déjà confirmés

Dominique **CHARLIER**,
Edith **GOLDBETER**,
Jean-Yves **HAYEZ**,
Patrice **HUERRE**,
Nicolas **GEORGIEFF**,
Alain **LAZARTIGUES**,
Christian **MILLE**,
Roger **MISÈS**
Arlette **SEGHES**,
Daniel **SIBERTIN-BLANC**,
Edith **TILMANS-OSTYN**.

Tarifs

Ce prix comprend
l'inscription et
les pauses-café
des deux journées.

	Avant le 30/11	A partir du 30/11
Etudiants	50 euros	70 euros
Membres de la L.B.F.S.M.	80 euros	100 euros
Non-membres	100 euros	120 euros

Paiement par virement bancaire en euros au compte n° 068-2407333-14 de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (DEXIA Banque - Bruxelles) IBAN : be94 0682 4073 3314 BIC : gkccbebb



Appel à communications

Toute personne désireuse d'intervenir au Colloque est invitée à faire parvenir un texte d'une page A4 max. (en Word 2000 ou inférieur sous Windows XP ou inférieur), présentant son projet au Comité d'organisation, pour le 20 septembre 2007 au plus tard, en l'adressant :

par mail à <debloudts.lbfsm@skynet.be>
par courrier à l'adresse du secrétariat de la L.B.F.S.M.

Pour tout renseignement

Personnes de contact : *Eric Messens et Michèle De Bloudts*

Secrétariat de la
Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale - L.B.F.S.M.
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

Ce document est une première annonce.

Le programme complet sera envoyé prioritairement par mail à la fin d'octobre à toute personne se signalant comme intéressée et ayant communiqué son adresse courriel ainsi qu'à toute personne ayant rentré son bulletin d'inscription dûment complété. L'envoi postal fera suite à la mi-novembre.

Talon d'inscription à renvoyer au Secrétariat du Colloque : L.B.F.S.M. - 53, rue du Président à 1050 Bruxelles
fax: 02/511.52.76

Nom, prénom :

Fonction :

Adresse privée :

Tel et/ou Gsm :

E-mail :

Adresse institutionnelle :

Tel :

Fax :

E-mail :

participera au Colloque "De l'autre côté du miroir" au Centre Culturel et de Congrès de Woluwé Saint-Pierre, et verse la somme de € comprenant l'inscription et les pauses-café - au compte n° 068-2407333-14 de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (DEXIA Banque - Bruxelles) IBAN : be94 0682 4073 3314 BIC : gkccbebb avec la mention *Colloque des 17 et 18 janvier 2008*. Le paiement valide l'inscription.

Date et signature

Ce talon peut être photocopié

L'histoire de...

“De l'autre côté du miroir”

A une époque où la psychiatrie est en pleine mutation, tant dans l'élaboration de ses repères nosographiques, dans sa réflexion institutionnelle que dans la construction de son réseau d'intervention, la rencontre entre acteurs de santé mentale devient plus que nécessaire.

Depuis longtemps maintenant, les échanges médiatisés ouvrant sur les questions thérapeutiques, celles de la prise en charge médico-sociale, ou encore l'articulation interprofessionnelle ont fait leurs preuves dans la promotion des actions de santé mentale.

C'est dans cette même logique de réflexion que le projet d'un colloque franco-belge a émergé.

Au commencement, cette initiative est née de la rencontre, dans le cadre du Comité de rédaction de la revue « *Enfance & psy* » entre le Docteur Patrice Huerre, psychiatre, psychanalyste, chef de service du secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, E.P.S. ERASME, à Anthony en France et du Professeur Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre aux Cliniques Saint Luc et responsable de l'enseignement de la psychiatrie infanto-juvénile à l'U.C.L.

Confrontés chacun, dans leur pratique respective, aux difficultés de développement d'enfants issus de milieux familiaux en souffrance ou encore à la mise en acte d'un questionnement d'adolescents dont les parents présentent des troubles psychiatriques, ils ont imaginé pouvoir interroger par le biais de journées d'étude, le travail des pédopsychiatres auprès de ces enfants, le travail des psychiatres auprès de ces parents et enfin, les relations de travail entre les différentes identités professionnelles intervenant dans ce contexte.

Parallèlement, plusieurs groupes de travail à la L.B.F.S.M. conduits par Anne Labby, Cathy Caulier et Frédérique Van Leuven s'intéressaient depuis quelques années à la question de la vulnérabilité psychique des enfants qui grandissent dans des familles très fragilisées sur le plan psychique. Des intervenants des deux secteurs, psychiatrique adulte et infanto-juvénile, se rencontrent régulièrement pour échanger tant leurs pratiques de terrain que leurs réflexions cliniques.

Voilà bientôt 30 ans que la L.B.F.S.M. poursuit sa mission de cohésion entre les différents professionnels exerçant en psychiatrie et en santé mentale. Dans cette perspective, elle s'imposait donc comme l'organisateur désigné pour organiser une telle manifestation, visant à rassembler les intervenants en secteur adulte et en secteur infanto-juvénile.

Souhaitant également s'assurer de la contribution de l'U.L.B. et de la Société Belge Francophone de Psychiatrie et des Disciplines Associées de l'Enfant et de l'Adolescent, les représentants de ces différentes institutions ont été invités à participer à l'organisation de ce colloque.

Ce qu'il faut surtout retenir de cette initiative, c'est qu'au-delà d'un simple projet de congrès, supporté par les publications d'un numéro spécial de la revue *Enfances et Adolescences* en Belgique et de la revue *Enfances et Psy* en France, la volonté première de tous les intervenants réunis a été depuis le début, de penser et de repenser, au travers d'une réflexion commune, l'accompagnement des parents en souffrance psychique et celui de leurs enfants, en invitant des professionnels de l'un et l'autre champ, « *de l'autre côté du miroir* », à confronter leurs questions et à réfléchir ensemble.

Fabienne NARDOT et Frédérique VAN LEUVEN

Groupes de travail et Coordinations thématiques

Programme 2007-2008

Groupes de travail

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

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

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

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

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

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

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

Intermèdes Clinique

Personne ressource

Hubeau B.- Le Pré-Texte, tél: 02 376 62 74

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

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

Dates : 24 septembre, 15 octobre, 19 novembre, 17 décembre 2007 et 21 janvier, 18 février, 17 mars, 21 avril, 19 mai et 16 juin 2008.

Clef de la réflexion : le passage à l'acte.

Après avoir travaillé autour du thème du transfert et de sa dimension relationnelle en institution pendant environ deux années calendrier, nous avons choisi de nous engager au moins pour cette année dans l'abord de celui de la clinique du passage à l'acte. Pour charpenter notre réflexion, nous proposons de partir (avec son assentiment) du récent texte d'Alfredo Zenoni « clinique du passage à l'acte : la folie hormis le délire » et de quelques unes des nombreuses références bibliographiques qui y sont citées.

A partir de ce texte, nous poursuivrons aussi si possible notre effort de repérage théorique, toujours avec l'idée qu'un minimum de « langage commun » est indispensable à un échange productif dans la durée.

Par ailleurs, c'est toujours sur le mode d'une discussion autour de présentation de cas et de vignettes cliniques, amenées à tour de rôle par les participants, que se construit notre travail de questionnement et de réflexion. Cette formule nous a permis une fois de plus la saison dernière de mesurer combien il est enseignant d'explorer en la partageant l'après-coup de notre action sur le terrain.

Pratiques cliniques avec les justiciables

Personnes ressources

Dubocquet J. - Unité ambul. d'Enaden, tél: 02 534 63 73

Sohie Cl. - S.S.M. du Tournaisis, tél. 069 22 05 13 et 02 345 38 48

Clef de la réflexion : Passage à l'acte et évaluation.

Cette année, nous prolongeons la réflexion sur le statut du passage à l'acte violent et de son évaluation. L'évaluation soulève des questions éthiques et politiques que nous mettrons en débat.

Comme nous l'avons déjà étudié l'année passée, les échelles de prédiction des

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

Réunions : Tous les deux mois, le 2ème mardi de 9h.00 à 11h.00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : En octobre le 16 exceptionnellement, 11 décembre 2007 et 12 février, 8 avril, 10 juin 2008.

Santé mentale et Insertion

Personnes ressources

Braive Ch. - Le Bivouac, tél 02 373 95 90

Materne M. - tél 0472 82 12 27

Groupe ouvert à tout intervenant intéressé par la question de la réinsertion en santé mentale.

Réunions : le deuxième jeudi du mois de 14h00 à 16h00 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 13 septembre, 11 octobre, 8 novembre, 13 décembre 2007, ...

risques de récurrence sont de plus en plus d'application dans le milieu carcéral.

Cette méthodologie soulève plusieurs questions. « Quelle marge de manoeuvre le praticien clinicien contraint d'évaluer le justiciable, peut-il se donner pour respecter la logique subjective qui fonde son éthique de travail ? »

« Comment l'étude du cas par cas qui privilégie la particularité de chacun, peut-elle conserver son exigence de rigueur face aux inévitables généralisations qu'impliquent l'observation psychométrique ? »

Nous privilégions l'étude de cas cliniques susceptibles de favoriser l'avancée de nos questions. Des textes théoriques seront également examinés.

Clef de la réflexion : Comment explorer et faciliter les relais existants pour permettre une meilleure insertion en santé mentale.

Au cours de l'année écoulée, nous avons abordé 2 thèmes essentiels, à savoir :

- Les moyens financiers dont disposent les personnes présentant des difficultés psychologiques ;
- Le logement sous des formes diverses et variées.

En constat, il apparaît que l'accès au logement, et plus particulièrement dans les villes, devient difficile, voire impossible. Non seulement pour les personnes marginalisées mais aussi pour les travailleurs dont les revenus sont modestes.

Les participants souhaitent approfondir la réflexion, non seulement, aux différents aspects du logement mais également du champ des activités, extérieures au monde de la psychiatrie, comme par exemple :

- Bénévolats ;
- Cours ou autres formations ;
- Ateliers Protégés ;
- Approche du monde professionnel...

Et ceci dans le souci d'une meilleure insertion des usagers.

Comment allons-nous procéder ?

- Partage par les participants d'expériences concrètes liées à leur quotidien professionnel ;
- Appel aux personnes ressources dans le cadre de leur expertise,
- Réflexion et échanges à partir de cas concrets ;
- Communications et transmissions d'informations verbales et écrites utiles aux participants.

Travail communautaire et de réseau en santé mentale

Personnes ressources

Thomas N. et Corral N. - S.S.M. Le Méridien, tél: 02 209 63 91
E-mail: meridcommu@apsy.ucl.ac.be

Groupe largement ouvert depuis 10 ans aux professionnels travaillant dans le secteur psychosocial intéressés par la thématique.

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

Dates : 4 octobre, 6 décembre 2007 et 14 février, 24 avril, 12 juin 2008.

Les pratiques en santé mentale communautaire tentent d'aborder la santé mentale par un autre biais que le champ thérapeutique du soin ; elles visent à renforcer le tissu social d'un quartier, d'une commune dans ses aspects de support social et de solidarité. Elle tente d'articuler histoires singulières et contextes de vie, facteurs psychiques et facteurs sociaux.

Pour l'année 2007-2008 : nous proposons aux participants du séminaire d'aller à la rencontre de diverses expériences de travail communautaire en santé mentale à Bruxelles. L'idée est d'organiser, par petits groupes, des visites guidées de ces différents lieux, avec une méthodologie propre aux démarches communautaires.

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

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

Personnes ressources

Daune Fr. – C.H.U. Bordet, 02 541 33 22

Flausch A. – Centre de Guidance U.L.B.,
tél: 02 503 15 56

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

Les patients sont des adultes et/ou des enfants.

Réunions : une fois toutes les six semaines dans les locaux de la L.B.F.S.M. et toujours un vendredi de 9h00 à 11h00.

Dates : 21 septembre, 16 novembre, 21 décembre 2007 et 18 janvier, 7 mars, 18 avril, 6 juin 2008.

De plus en plus de jeunes psychologues sont engagés dans des services hospitaliers et se retrouvent souvent bien isolés dans leur pratique clinique. Ce groupe offre ainsi la possibilité d'un échange avec des collègues partageant cette même expérience et ainsi de réfléchir à leur identité.

Pour ce faire, nous travaillons ensemble autour de vignettes cliniques apportées par les participants et tentons d'articuler cela à la lecture d'articles théoriques.

Clefs de réflexion actuelles :

- place de la maladie et de la mort dans la relation psychothérapeutique entre le psychologue et son patient
- place du psychologue à l'hôpital, avec le patient, avec l'entourage
- place du psychologue à l'hôpital selon l'équipe soignante à laquelle il est intégré

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



Santé mentale et modernités

Personne ressource

Cecere R. - Gr. hosp. la Ramée-Fond'Roy
GSM : 0476 28 50 70
ou e-mail : r.cecere@laramee.be

Ce groupe est ouvert à des participants intéressés par la démarche et par nos deux thèmes.

Réunions : un vendredi de 9h45 à 11h30, dans les locaux de la LBFSM.

Dates : 19 octobre, 23 novembre 2007 et 25 janvier, 29 février, 18 avril, 16 mai, 20 juin 2008

Clef de la réflexion : modernité - changements en santé mentale - et dans nos pratiques.

La modernité interpelle le clinicien par le biais des modifications des demandes, des souffrances ou des exigences (cliniques ou sociales). Pragmatisme, science, mondialisation et narcissisme dessinent les contours de nouvelles normes et de nouvelles manières de penser l'humain.

Ce groupe vise à explorer comment cela se pense et se formule dans les discours sociaux (médias, directives européennes, projet et études...) et comment cela se traduit pour les acteurs de terrain.

Nous vous invitons à sept séances de travail et vous proposons de procéder par thème.

Cette année nous en déplierons deux.

1. Comment se traitent et se réfléchissent les implications pratiques des avancées en matière de procréations médicalement assistées ?

Spécialiste "Procréation Médicalement Assistée" : Pascale Gustin

Quelles sont les incidences de ces pratiques sur les représentations qu'elles véhiculent. (le vivant, le mort, la filiation, la parentalité, le gel, la génétique).

2. Que se passe-t-il dans les entreprises ?

Spécialiste "Entreprises" : Catherine Gompel

Depuis quelques années, la presse (fusions, acquisitions, licenciements ...), les législations (loi sur le harcèlement moral) et les nouveaux métiers (coaching) ne cessent de nous rappeler que cette sphère d'activité humaine est en première ligne de changements importants.

Coordinations

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

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

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

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

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

Plusieurs fois par an, selon nécessité, la Ligue organise une réunion de Coordination des Coordinations, où signataires de la convention et coordinateurs peuvent se rencontrer.

Coordination Enfance

Coordinatrice

Labby A. - S.S.M. L'Eté, secteur Enfants, Adolescents et Famille
tél: 02 526 85 48
e-mail: annelabby@hotmail.com

Pour rappel, les 4 groupes de travail issus de la Coordination Enfance ont pour projet d'articuler des approches interdisciplinaires et intersectorielles respectueuses des différences. Ces rencontres ont pour objectif de permettre aux divers intervenants de se pencher sur leurs pratiques respectives et d'en approfondir la spécificité dans un processus d'élaboration interactif.

Par le biais de ce processus de réflexion, la Coordination enfance soutient l'éclosion de nouvelles formes de partenariat.

Si vous êtes intéressé(e) de participer à l'un des groupes, n'hésitez pas à prendre contact avec Anne Labby.

Pour information, le groupe intitulé « Autour du lien social/ Enfants, familles » ne se réunira plus au cours de l'année académique 2007-2008.

Santé Mentale, Clinique des pathologies narcissiques de la parentalité

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

Groupe ouvert.

Clef de la réflexion : A ce jour, il apparaît que les professionnels sont de plus en plus souvent confrontés à des situations familiales où le fait d'ouvrir un « espace de paroles » aux parents afin de penser leur parentalité et l'individualité de leur enfant révèle un « abîme » de confusion entre les espaces psychiques de chaque protagoniste et pose dès lors une série de questions :

- questions sur les troubles psychiques et les modalités de défense du ou des parent(s) étant donné leurs difficultés à percevoir leur enfant comme un être différencié*
- dans ce contexte de "mise à mal" de l'individualité de l'enfant, questions sur l'impact de la ou des relation(s) parentale(s) sur la construction psychique, le développement cognitif et moteur de l'enfant*
- questions sur l'approche thérapeutique auprès de ces familles.*

La parentalité remobilise le narcissisme de chaque futur parent.

La clinique que nous souhaitons approcher concerne des parents ayant vécu de très lourdes carences infantiles ayant mis à mal à des degrés divers leur narcissisme et les zones archaïques de leur construction psychique, autrement dit le niveau de l'activité réflexive, les liens entre émotions et représentations mentales,

le processus de symbolisation et partant le processus de subjectivation. En 2006-2007, le groupe s'est centré sur le concept de narcissisme tel qu'il avait été développé par S. Freud pour l'enrichir ensuite de certaines considérations récentes sur les repères structurels du développement psychique. En 2007-2008, le groupe souhaite alterner des présentations cliniques avec une approche théorique pour continuer à relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et en réseau.

Réunions : Un vendredi matin de 9h.15 à 11h.15 à la L.B.F.S.M.

Dates : 28 septembre, 9 novembre, 14 décembre 2007 et 15 février, 11 avril, 23 mai 2008

Pratiquement, 6 réunions de 2 heures chacune seront programmées pour l'année académique 2007-2008.

Les deux premières réunions seront consacrées à une mise au travail sur la clinique : repérage de l'énonciation des questions.

Au cours de l'année, un ou deux professionnels extérieurs, de terrain, seront invités afin d'offrir un temps d'échange concernant l'évolution de leurs réflexions.

Un programme précisant le contenu des six réunions sera envoyé à tous les participants intéressés vers la mi-septembre.

Clinique de l'exil, Enfants et familles

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

Réunions : mensuelles, chaque 3^{ème} vendredi du mois, de 12h.30 à 14h.30 à la L.B.F.S.M.

Dates : 21 septembre, 19 octobre, 16 novembre, 21 décembre 2007

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

Les enjeux liés entre autres, à l'attente des titres de séjour, à la dimension interculturelle, à un vécu traumatique souvent de l'ordre de l'impensable seront déclinés dans leurs dimensions systémiques et intrapsychiques sans oublier l'impact sur les compétences motrices et cognitives de l'enfant. L'objectif du groupe est d'offrir une mise au travail des grilles de lecture « classiques » des professionnels face aux symptomatologies présentées par les familles.

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

Tout professionnel interpellé et en questionnement par rapport à cette clinique est invité à participer à ces réunions afin de relever le défi de co-construire un processus de soin à plusieurs et en réseau articulant la dimension psychique, juridique et sociale. Groupe ouvert. Pratiquement, une alternance de réflexions théoriques et de présentations cliniques est prévue.

En 2006-2007, les réflexions théoriques ont porté sur le volet traumatique lié à cette clinique : actualités théoriques et cliniques du traumatisme psychique.

En 2007-2008, le souhait du groupe est de poursuivre ces réflexions.

Partage de références théoriques et mise en place progressive d'une bibliothèque interne en lien avec la thématique du groupe.

Santé Mentale, Logopèdes

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

Clef de la réflexion : Ce groupe aborde les questions spécifiques à la prise en charge des enfants qui présentent des symptômes logopédiques divers dans des contextes familiaux où existent de nouveaux enjeux de l'intersubjectivité. Comment penser les troubles de l'apprentissage et les prises en charge logopédiques face à une clinique qui révèle une grande confusion entre l'espace psychique du ou des parent(s) et celui de l'enfant. Entre évaluation, rencontre, réduction et restauration des contenants de pensée, quelle souplesse dans la prise en charge et quelles articulations et "crochetage" avec les représentants "psy" et assistants sociaux ? Quels projets de prévention soutenir ?

Au cours de l'année académique 2006-2007, le groupe a poursuivi ses investigations théoriques en alternance avec des présentations cliniques. Le « temps d'arrêt théorique » a pour objectif de « retravailler », « requestionner » et analyser sous un nouvel angle une situation.

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

Date : lundi 17 septembre 2007.

■ Santé Mentale, CMPS, Enseignement / Enfants, familles

Sont invités à participer à ce groupe, tous les professionnels (professeurs, directeurs, ... , CPMS, SSM) interpellés par cette clinique et soucieux de la partager dans ce champ intersectoriel.

Groupe ouvert.

1ère date de réunion : 24 septembre 2007 de 16h.30 à 18h.30

En 2007-2008, le groupe s'inscrit dans la continuité des réflexions menées en 2006-2007. L'article de Bernard Gibello, intitulé « Apprentissages » sera travaillé le 17 septembre 2007.

Parallèlement, le groupe se mettra également au travail sur la pratique logopédique en groupe voire la thérapie à média en groupe.

Clef de la réflexion : *La clinique en santé mentale met en évidence un malaise de plus en plus généralisé dans les apprentissages chez les enfants, les demandes logopédiques explosent. En SSM, on observe une clinique où le versant psychique et le versant socio-éducatif des difficultés s'entremêlent avec son cortège de symptômes relationnels, comportementaux et cognitifs; clinique « délicate » à la croisée de la souffrance psychique du parent et de la souffrance de l'enfant qui touche fréquemment des zones très archaïques de la construction psychique. Ces enfants et leurs familles constituant un « public commun » pour le secteur de l'enseignement (écoles, CPMS) et le secteur de la santé mentale, la mise en commun des questionnements apparaît comme une nécessité.*

L'objectif de ce groupe de travail est donc d'offrir aux professionnels des deux secteurs « un temps d'arrêt » pour penser leur travail dans leurs institutions respectives, dans leurs contacts avec leur réseau ou encore au sein d'une politique de prévention.

Pratiquement, chaque participant est invité à témoigner, à travers une illustration de vie professionnelle, de ses préoccupations et questions eu égard à la thématique de l'inscription scolaire et du désir d'apprendre.

En 2007-2008, les questions récurrentes seront recensées afin de définir un fil rouge pour la réflexion. Réflexions qui seront ensuite débattues en articulant des présentations théoriques et des vignettes cliniques.

Partage de références théoriques et mise en place progressive d'une bibliothèque interne en lien avec la thématique.

La prochaine réunion est fixée au **lundi 24 septembre 2007 de 16h.30 à 18h.30 à la L.B.F.S.M.**

Six réunions seront programmées au cours de l'année académique 2007-2008, les dates seront fixées le 24 septembre.

Coordination Adolescence

Coordinateurs

Dehan B. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L., tél: 02 764 31 20, e-mail: bernard.dehan@apsy.ucl.ac.be

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

Durant ces dernières années nous avons travaillé sur les relations entre secteurs : Santé Mentale et Aide et Protection de la Jeunesse, Santé Mentale et scolarité, Santé Mentale et prévention, Santé Mentale et Handicap...

Mais également sur des thématiques particulières, spécifiques ou générales : les passages entre institutions, les communications écrites et orales entre travailleurs psycho-sociaux, le passage à l'âge adulte...

A partir du prochain trimestre, nous souhaitons repréciser les groupes de travail et les axes de réflexion pour ceux-ci.

Déjà quelques pistes ont émergé lors de nos dernières rencontres :

- le fil rouge du suivi des jeunes dans leur parcours "Aide à la jeunesse"
- les jeunes majeurs
- les liens Santé Mentale / Psychiatrie et Aide à la Jeunesse
- les réformes de la Loi de 65
- Services de Santé Mentale et Handicapés 140
- ...

C'est pour définir le programme de la prochaine année que nous faisons appel à chacun(e) de vous qui avez, à un moment ou à un autre, participé aux travaux de l'un ou l'autre des groupes de travail de la Coordination Adolescence.

Nous vous proposons, dès lors, d'amener vos idées, vos envies, à la réunion de rentrée que nous organiserons **le mardi 2 octobre 2007 de 9h.30 à 11h.30** dans les locaux de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale - 53, rue du Président à 1050 Bruxelles (Ixelles).

1ère date de réunion : 2 octobre 2007 de 9h.30 à 11h.30 à la L.B.F.S.M.

Coordinatrice

Boniver I. - S.S.M. Le Wops

tél: 02 762 97 20

e-mail: isabelleboniver@hotmail.com

La coordination rassemble des travailleurs de multiples secteurs (santé mentale, homes, hôpitaux, centre de soins, ...) et des personnes âgées elles-mêmes (bénévoles, groupes d'entraides ...).

Elle défend et désire promouvoir une éthique de travail basée sur le respect de la personne prise dans l'ensemble de son individualité.

Même fragilisée, la personne âgée doit pouvoir garder ses droits, sa dignité, son intégrité.

Notre coordination se donne du temps pour resituer le vieillissement de la population dans son contexte sociétal global à l'échelle belge et européenne.

Elle considère les personnes âgées comme actrices de leur propre destin et responsables, elles aussi, de son évolution; en tant que telles, elles sont détentrices d'un savoir dont elles peuvent et doivent témoigner au travers de solidarités nouvelles, de groupes et réseaux d'échanges qui sont à la fois interprofessionnels, intergénérationnels et internationaux...

■ Place des personnes âgées dans notre société : droits, citoyenneté, espaces de vie, images, souffrances, parole, maltraitance...

PROGRAMME 2007-2008

Le groupe de travail se veut ouvert à l'ensemble des participants de la coordination (santé mentale, maisons de repos secteur public et privé, maisons de repos et de soins public et privé, centres de jour, services de soins à domicile, services de santé mentale, hôpitaux gériatriques, hôpitaux psychiatriques, appartements supervisés), ainsi qu'à de nouveaux participants du réseau.

PREMIÈRE RÉUNION DE REPRISE :

le mercredi 26 septembre, de 9h.15 à 11h.15 à la L.B.F.S.M.

Cette première réunion est importante ; elle permettra de cerner les thèmes de cette année pour les temps de séminaires, et de fixer les dates pour les réunions de travail « interne ».

Si vous ne pouvez être présent à cette rencontre du 26 septembre, vous

pouvez contacter, après cette date, la coordinatrice ou la permanente de la L.B.F.S.M. pour le programme qui sera ainsi établi.

Isabelle Boniver 02/762 97 20 ou 0486/15 87 88

Françoise Herrygers 02/ 511 55 43

Pour cette prochaine année académique, les participants de la Coordination "Personnes âgées" poursuivront leurs réflexions en alternant débats internes et appels à des personnes extérieures.

En effet , au cours de cette prochaine année , nous voudrions donner la parole à des personnes-ressources : experts, professionnels, représentants des personnes âgées et des familles...

Plusieurs approches du vieillissement pourront ainsi être abordées : en santé mentale et en santé publique, en démographie, en communication. Les interventions permettront d'aborder les grands débats actuels autour des cycles de vie, de la dépendance et du grand âge mais également autour des images, des stéréotypes, ...

Notre dynamique de travail s'articulera entre réunions classiques avec les participants de la coordination et tables-rondes, séminaires ou matinées d'étude plus ouvertes où la diversité des contributions des intervenants devrait favoriser une compréhension plus nuancée des enjeux liés au vieillissement.

Durant toute l'année, la coordination aura également pour tâche de transmettre le travail réalisé en S.S.M. avec les personnes âgées, en participant activement à diverses activités, journées d'études, sensibilisations et séminaires.

Toutes demandes de collaborations ou d'informations peuvent être introduites auprès de la coordinatrice. Des rencontres avec chaque Service de Santé Mentale bruxellois seront également programmées.

THÈMES EN PERSPECTIVE :

● MALTRAITANCE, BIENTRAITANCE ET PROGRAMME DAPHNÉ IV

Dans le souci de confronter les réalités des intervenants bruxellois à d'autres constats européens...

DAPHNÉ est un programme de l'Union européenne qui co-finance des actions de prévention ou de lutte contre la violence envers toute personne vulnérable, menées en partenariat entre pays européens. Il encourage les O.N.G. à créer ou renforcer des réseaux européens et les aide à mettre en oeuvre des projets novateurs.

Tous les types de violence sont couverts : abus sexuel, violence familiale, exploitation commerciale, brutalité en milieu scolaire, traite des êtres humains et violence de nature discriminatoire envers les handicapés, les minorités, les migrants ou autres personnes vulnérables.

Les données résultant des actions réalisées sont recensées dans une base à l'échelle européenne.

L'appel à propositions pour 2007-2008 sera publié par la Commission dès que

la décision du Parlement Européen et du Conseil établissant le programme 'Daphné III' pour 2007-2013 sera adoptée.

Thématique proposée : La lutte contre "L'âgisme", en tant que phénomène discriminatoire inquiétant.

Cette analyse représente un des défis majeurs de la Coordination et se ferait au départ de travaux traitant de l'intégration des personnes âgées dans les médias. Il s'agirait ensuite de lancer des campagnes de sensibilisation à la radio, à la télévision, dans les journaux, les revues et ailleurs, comme dans le métro et les autobus, pour dissiper les mythes et stéréotypes sur les personnes âgées. Ces campagnes devraient représenter les aînés comme des membres actifs et utiles de notre société. En plus de sensibiliser la population par des campagnes médiatiques, il sera suggéré d'étudier l'image des aînés dans les médias pour s'assurer qu'elle soit objective et qu'elle ne contribue pas à renforcer les attitudes négatives (ces campagnes ne servent pas seulement à combattre l'âgisme mais elles aident aussi ses victimes à reconnaître l'âgisme et à y réagir)... Négligences, abus et maltraitements envers les personnes âgées continuent, à travers diverses situations cliniques, à préoccuper les intervenants du groupe et les aînés eux-mêmes ! Il s'agit donc pour le moins de reconnaître une triste réalité qui atteint de 5 à 10% de la population âgée. Le groupe désire informer les aînés de leurs droits. Il souhaite également amener les professionnels de la santé et du social à intervenir afin qu'ils soient respectés et à rester en relation avec la personne âgée.

• **ALZHEIMER : ENTRE CHOIX INTIME ET RESPONSABILITÉ COLLECTIVE, L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AU CENTRE DE NOS PRÉOCCUPATIONS.**

Comment accompagner cette évolution et approcher au mieux la dépendance? La question de la dépendance nous renvoie à un questionnement difficile, tant personnel que collectif; elle nous force à regarder en face notre propre vieillissement. Un autre postulat qui traversera notre débat est le droit primordial pour les aînés de garder leur place dans la société, dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences, et ce, même si elles sont dépendantes :

- *Laisser à la personne son choix de vie et son mode de vie*

Cela peut aller même jusqu'à prendre le risque de la voir se mettre en danger.

- *Considérer l'intégrité de la personne*

il est nécessaire de se référer au parcours de sa vie et non au seul temps de crise.

- *Promouvoir des interventions à domicile*

Elles permettent de prendre en compte non seulement les dimensions sanitaire et médico-sociale mais aussi la dimension psychologique.

- *Prendre conscience de la place du " temps " pour la personne âgée*

elle a besoin de temps pour mûrir certaines acceptations ou refus de propositions de soins ou de choix de vie.

• **PUBLICITÉ, MÉDIA ET IMAGE FAITE AU VIEILLISSEMENT**

L'idée serait d'utiliser un "média" plus large (tel le forum santé mentale ou le cinéma) ou un partenariat porteur (Fondation Roi Baudouin) pour sensibiliser un plus large public, y compris les personnes âgées et les "autres" professionnels, à nos réflexions de praticiens, ouvrant ainsi un autre regard sur l'image du vieillissement. Toutes les questions d'actualité et d'ordre politique concernant le vieillissement continueront à être débattues, afin de positionner voire même de faire monter la Coordination aux créneaux.

• **SÉMINAIRE BENOÎTE GROULT**

La lecture du livre "La Touche Etoile" de Benoîte Groult a suscité un réel enthousiasme chez les participants du groupe mais plusieurs signalent que cette lecture par des aînés est parfois négative et en totale opposition avec l'auteur. Benoîte Groult ne laisse personne de marbre... Son féminisme est entier, elle va jusqu'au bout de son militantisme, jusqu'au bout de sa vieillesse et du regard qu'elle y pose.

Le groupe est désireux d'organiser une rencontre avec l'écrivain. Cette dernière serait susceptible de venir en novembre-décembre 2007.

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

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

Clef de la réflexion : La formation articulée au terrain.

Parallèlement au groupe de travail, un axe "Formation" - créé il y a maintenant douze ans - continuera à répondre aux demandes de formation du secteur "Personnes âgées".

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

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

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

Coordination Santé Mentale et Précarités

Coordinateur

Gonçalves M. - S.S.M. le Méridien
tél: 02 218 56 08

Précarités, exclusion et clinique

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

Réunions : le 3ème jeudi du mois de 14h30 à 16h30 dans les locaux de la L.B.F.S.M.

Dates : 18 octobre, 15 novembre, 20 décembre 2007 et 17 janvier, 21 février, 20 mars, 17 avril, 15 mai et 19 juin 2008

Clef de la réflexion : Comment mieux rencontrer la personne précarisée dans ses difficultés psychiques ? Comment aborder la notion de souffrance psycho-sociale... qu'en faire ?

Le champ de la santé mentale ne se réduit plus à la problématique psychiatrique centrée sur la psychose et la névrose. La question de la souffrance psycho-sociale interpelle de plus en plus les praticiens de la santé et les travailleurs sociaux. Si la pauvreté économique n'est pas en elle-même responsable de l'apparition des troubles mentaux, les conditions de vie précaires, instables qu'elle entraîne, débouchent sur un nombre important de problèmes existentiels accompagnés d'une souffrance psychique non négligeable.

Nos méthodes thérapeutiques d'usage courant (entretiens individuels ou familiaux réguliers sur rendez-vous avec introspection, anamnèse, analyse de la demande,...) sont peu appropriées et le plus souvent vouées à l'échec si l'on ne tient pas compte à leur juste mesure des dimensions socio-économiques dans lesquelles vivent une partie de plus en plus importante de nos publics.

La Coordination propose une réflexion à ce sujet par l'organisation de réunions mensuelles. Ces réunions rassemblent des acteurs psycho-sociaux de différents secteurs (SSM, Maisons Médicales, CPAS, Aide à la jeunesse, associations de proximité, Observatoire de la santé, Service de lutte contre la pauvreté,...). Les participants partagent leurs expériences respectives de travail, leurs réussites, leurs échecs, leurs questions. L'articulation avec des apports théoriques (invités, articles, livres, vidéo,...) leur permet de trouver ce qui peut servir de points de repère et de support dans leur travail au quotidien. Cette mise en commun et ces échanges permettent aussi de lutter contre une certaine forme de découragement et de sentiment d'impuissance.

■ Logement et Santé mentale

Contacts : Michèle De Bloudts - LBFSM, tél: 02 511 55 43

Ce groupe rassemble actuellement des professionnels d'horizons divers - SSM, Société de logement social, Association de quartier, CASG, CPAS, Maison Médicale, Maison d'accueil, Syndicat de locataires -, des chercheurs d'université, des mandataires politiques,...
Le groupe est ouvert à toutes les personnes intéressées par le sujet.

Réunions : Elles ont lieu le jeudi de 14h00 à 16h00 dans les locaux de la L.B.F.S.M. .

Dates : trois réunions sont programmées avant Noël, 20 septembre, 25 octobre et 22 novembre 2007

La question de la santé mentale interpelle de plus en plus les métiers du social, et parmi eux les professionnels du logement (directeurs, administrateurs, personnel,...). Ils sont confrontés à la présence dans les immeubles qu'ils gèrent, de locataires présentant des comportements problématiques qu'ils ne parviennent à traiter seuls. Ceux-ci se manifestent souvent par des états de mal-être, de l'agressivité, de la violence, des comportements atypiques ou socialement non acceptés. Mais ces mêmes professionnels peuvent être amenés à repérer des situations de repli, de retrait ou d'isolement qui, si elles ne se traduisent pas par des troubles de voisinage, peuvent être susceptibles de mettre la vie des personnes concernées en danger.

Face à ces situations, ces professionnels s'interrogent : les personnes concernées souffrent-elles de troubles mentaux ou s'agit-il de personnes fragilisées par des conditions de vie précaires et qui expriment une réelle souffrance psychique.

Le groupe de travail poursuit plusieurs objectifs :

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

Le travail de l'année 2007-2008 sera axé :

1° sur l'élaboration d'une plaquette « santé mentale et logement » destinée aux acteurs psycho-sociaux de première ligne ainsi qu'aux mandataires politiques et responsables des sociétés de logement social ;

2° sur l'organisation et la mise sur pied d'une journée d'études consacrée à ce même thème « santé mentale et logement ». Cette journée est prévue pour le premier semestre 2008 ;

3° la mise en place d'un projet de formation pour le personnel des sociétés immobilières sociales sur le thème de la santé mentale (concierges, personnel technique,..).

Coordination des Urgences

Coordinateurs

Hoyois Ph. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Dr Gillain B. - Services des Urgences,
Unité de Crise et d'Urg. psychiatriques
U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21 - bip 7005
e-mail: benoitgillain@hotmail.com

Delsart Cl. - S.S.M. Chapelle-aux-
Champs/Unité de Crise et d'Urgences
psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21
e-mail: claudinedelsart@skynet.be

Dr. Gilson S. - S.S.M. de l'U.L.B., Centre
de Guidance, tél: 02 503 15 56

Dr. Matot J.-P. - S.S.M. de l'U.L.B.
Psycho-Belliard Plaine, tél: 02 650 59 26

Coordination des Urgences U.C.L.

■ Coordination unité de crise et d'urgences psychiatriques U.C.L / St.-Luc et Services de Santé Mentale / Inter- secteur Bruxelles Sud-Est

*Contacts : Dr. Gillain B. et Delsart Cl.
- tél: 02 764 21 21
e-mail: claudinedelsart@skynet.be*

Groupe ouvert aux équipes pluridisciplinaires des S.S.M. et à toutes équipes ambulatoires et hospitalières afin d'y débattre de problématiques communes en matière de situations de crises et d'urgences. Le groupe est constitué, à la fois, de notre réseau de base mais s'ouvre également de manière plus large à d'autres équipes intéressées et avec lesquelles pourrait s'instituer une collaboration.

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

1. Réunion clinique

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

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

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

2. Réunion de coordination

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

La réunion de coordination est entre autres un espace de circulation d'informations sur le paysage santé (au sens large, c'est-à-dire partant du postulat que la santé est en lien avec de multiples facteurs - social, culturel, etc. - qui l'influencent). Cette réunion est aussi un espace privilégié de mise à plat d'interrogations sur nos pratiques mutuelles, nos collaborations, nos incompréhensions, etc.

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

Réunions : Réunion mensuelle clinique le 3ème vendredi de chaque mois de 9h.00 à 10h.30 en la salle de réunion de la Résidence, 4ème étage, Place Carnoy - 1200 Bruxelles.

Réunion en sous groupes sur les thèmes des différentes coordinations dont nous aurons à échanger en fin d'année (le secret professionnel, les enfants - ados, logement et santé mentale, évaluation, convention de collaboration).

3. Rencontre des intervenants sur le lieu de leur pratique

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

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

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

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

4. Activités durant l'année académique 2006 - 2007

a. Poursuite de la participation au projet réseau Bxl – Sud-Est (coordinatrice Stéphanie Martens).

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

b. Participation aux réunions entre les différents coordinateurs pour partager nos réflexions quant à ce qui se joue au niveau de chaque coordination.

c. Réflexion sur la délivrance d'anti-psychotiques à action prolongée.

d. Poursuite du dispensaire

e. Présentation de l'équipe Sac à Dos

f. Présentation du Centre de Planning Familial « Faculté d'aimer »

g. Participation au Congrès « Réseaux »

h. Participation de 8 membres de l'équipe au Congrès de l'Aferup à Agen sur les urgences psychiatriques « Criminalité et psychiatrie »

i. Formation à l'intervention de crise au sein de 5 hôpitaux d'Alger, en collaboration avec la CUD (Coopération Universitaire au Développement).

5. Prochaines activités de l'année académique 2007 – 2008.

a. Etude sur les TS à l'adolescence, à partir de leur passage aux urgences.

b. Réflexion sur le devenir des urgences psychiatriques des personnes âgées.

c. Réflexion sur l'organisation d'un colloque portant sur le thème « Urgences psychiatriques, Urgences psychiques ».

Situations et pratiques de crise et d'urgence en santé mentale

Contact :
Hoyois Ph., tél: 02 511 55 43

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

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

Réunions et dates : si ce groupe de travail vous intéresse, veuillez contacter Philippe Hoyois au 02 511 55 43

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

L'étude sur les situations de crise et d'urgence rencontrées dans un éventail de services médicaux et sociaux de quatre communes de l'agglomération bruxelloise a remis en lumière le rôle que peuvent jouer dans les processus d'émergence des problématiques, de leur mise en crise et dans leur recherche de résolution en urgence, la complexité des situations personnelles ou institutionnelles des patients ; l'importance qu'ils accordent ou qu'ils attribuent aux liens qu'ils établissent avec les services et celle des échanges entre services dans le contexte de situations de crise ou d'urgence ainsi que de leur pérennité en amont et en aval de ces situations. On s'efforcera de reprendre ces questions de façon concrète dans le groupe de travail.

Coordination Service de Santé Mentale U.L.B.

Contacts :
Dr. Matot J.-P. - tél: 02 650 59 26
Dr. Gilson S. - tél : 02 503 15 56
Hoyois Ph. - tél 02 511 55 43

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

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

Etude des demandes urgentes adressées au Centre de Guidance du S.S.M.-U.L.B.

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

ET MISE EN PLACE D'UNE COLLABORATION , VIA LE RÉSEAU SANTÉ MENTALE MAROLLES, AVEC LE RÉSEAU MÉDICAL, D'AIDE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE DU QUARTIER DES MAROLLES, EN LIEN AVEC LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU C.H.U. DE ST.-PIERRE ET D'AUTRES PARTENAIRES DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE

Poursuite de réunions visant à développer une réflexion commune sur les dispositifs de prise en charge des demandes ; recherche-action visant à développer le travail local en réseau avec les maisons médicales des Marolles, du Miroir et l'Entraide des Travailleuses, mais également avec d'autres équipes et institutions actives dans le quartier. Lancement d'une coordination « santé mentale » dans le cadre de la Coordination sociale des Marolles, à l'initiative du Réseau Santé Mentale Marolles (E. Bawin, Y. Seligman).

Poursuite de la recherche sur les demandes urgentes dans le cadre du Réseau Liens - Projet EOLE

Promoteurs : V. Dubois, A. Hoffman, J-P. Matot, E. Messens, I. Pelc, avec la collaboration de F. Weil.

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

Le projet EOLE a démarré effectivement en janvier 02. Pour rappel, il s'agit d'une recherche-action financée de manière intermittente par le ministère fédéral de la santé depuis 2002 (le subsidie actuel arrive à échéance en décembre 2007). La CoCof a accordé en novembre 2006 un subsidie pour le réseau LIENS (Ligne Intersectorielle en Santé) afin de développer largement le travail en réseau à Bruxelles autour de la ligne téléphonique.

Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale

Jean FURTOS

Psychiatre des hôpitaux

Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale (Onsmp - Orspere)

Centre Hospitalier, Le Vinatier, Bron-Lyon (France) ¹

I - Introduction et préalables

Les psychiatres et les psychologues n'ont pas nécessairement la légitimité et la capacité de « faire » la santé mentale, surtout si cette dernière ne se résume plus à une reprise euphémisée de la psychiatrie, future citoyenne, et si elle doit être revue et corrigée à l'aune de la précarité. Je précise, en ce qui me concerne, que ma position à l'Orspere-Onsmp, avec mes collègues pys et non pys, consiste essentiellement à travailler avec ceux qui travaillent en première et en seconde ligne de cette santé mentale au sens large, et qui sont pour partie des praticiens non soignants *prenant soin* de leurs concitoyens au sein de leur professionnalité : travailleurs sociaux, bailleurs et tant d'autres, sans compter l'implication des élus.

Pourtant, on ne comprendrait pas la défausse des cliniciens pys s'ils renâclaient à amener une contribution consistante aux pratiques de ce champ, en vertu de leur compétences et de la manière dont ils intègrent la complexité des partenariats en ce domaine : au-delà de l'hétérogénéité des rôles et des professions, comment ne pas voir une convergence des processus et des objectifs ?

C'est dans cet esprit que je présente une contribution

sur les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale.

Pourquoi « effets cliniques » ? Parce qu'un contexte qui reste à définir, celui de la précarité, a des effets psychiques, à différencier d'une perspective étiologique ou causaliste de nature médicale.

Pourquoi « souffrance » ? Parce qu'il s'agit d'un mot de sens commun qui n'a pas besoin d'être défini et qui ne se déduit pas d'une localisation anatomique, comme la douleur organique d'une rage de dents ou d'un rhumatisme chronique ; il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut certes accompagner une douleur organique mais aussi l'humiliation, le mépris social, ou pire l'indifférence.

Cette souffrance est « psychique » parce qu'elle est soumise au travail psychique qui peut être sidéré, comme dans le traumatisme traumatisant, ou plus ou moins élaboré.

Cette souffrance est enfin « d'origine sociale » parce qu'un individu isolé, ça n'existe pas : on est toujours au moins à la marge d'un groupe, avec toujours à l'horizon une appartenance ou une exclusion possible

de cette groupalité qui est de nature politique. Ceci est d'autant plus important à ce point de notre histoire où l'on note « une intensification du social » (Jean de Munck).

Dans l'ouvrage *Malaise dans la culture*, qui est loin d'être démodé, Freud évoque précisément la souffrance d'origine sociale comme le type de souffrance le plus difficile à accepter par le sujet humain : « La souffrance issue de cette source (les relations avec d'autres hommes), nous la ressentons peut-être plus douloureusement que tout autre... »². Il la définit en rapport avec « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux » (famille, état, société, ...). Si l'on espère que ces dispositifs ne règlent jamais l'intégralité des relations interhumaines, des régulations suffisamment bonnes sont pourtant nécessaires et souhaitées. En 1951, Heidegger remarquait que cette souffrance (qu'il qualifiait de « déchirement »), demeurait voilée dans une conjoncture mondiale sinistre ; mais les dispositifs sociaux et le niveau des consciences permettaient encore que ce voilement de la souffrance reste lui-même voilé, de sorte que la déchirure du déchirement n'atteignait pas encore « l'homme dans son être, malgré la souffrance indicible, malgré la détresse dont un trop grand nombre souffre ! »³.

Le moins que l'on puisse dire est qu'il n'en est plus ainsi : le voilement de la souffrance s'est collectivement déchiré, avant même que la conscience collective ne puisse analyser les mutations de la culture. Dans le contexte actuel, depuis la fin des années 1980, la question d'une souffrance psychique d'origine sociale est advenue sur le devant de la scène d'une façon croissante, et d'abord, pour nous, par le malaise des intervenants dans le travail social et psychique, c'est-à-dire sur une scène clinique, celle que nous avons commencée d'observer en France.

C'est en effet curieusement par le malaise des intervenants que le malaise dans la culture nous a interpellés. En ce qui me concerne, l'aventure a commencé un jour de 1993, lorsqu'une responsable infirmière de haut niveau de l'Hôpital le Vinatier à Lyon-Bron, Jacqueline Picard, s'est adressée à moi en ces termes « *Monsieur Furtos, il faut nous aider à comprendre : il y a de nouveaux patients qui viennent dans les Centres médico-psychologiques, et nous ne savons pas comment les aider, ils ne souffrent plus comme avant* ». Cette professionnelle à forte exigence éthique faisait allusion aux difficultés du travail avec les chômeurs de longue durée, les bénéficiaires d'allocations sociales de type R.M.I.⁴ et les jeunes en difficultés envoyés par les missions locales. Toutes ces personnes, orientées par des travailleurs sociaux qui ne savaient plus quoi faire en termes de réinsertion, n'allaient pas bien, à l'évidence, mais pas forcément dans le cadre d'une maladie mentale dûment authentifiée, si ce n'est un mal-être vague et certain à la fois, une difficulté à agir colorée d'une tonalité dépressive ou persécutoire, et quelquefois des troubles du comportement. En somme, en première analyse, l'impuissance professionnelle des travailleurs sociaux constituait le pivot de l'orientation, la genèse de ce que nous avons

appelé par la suite « la clinique psychosociale », avec un transfert d'impuissance et d'indétermination sur d'autres professionnels qui nécessitait un travail en réseau. Récemment, lors d'un congrès à Paris, un sociologue de Montréal faisait état d'une grève des policiers de sa ville qui ne pouvaient supporter que trop de personnes pauvres et précaires cherchent à leur parler par téléphone ou directement, ce qui les empêchait de faire leur métier : mais justement, aujourd'hui, on ne peut faire son métier de première ligne que si l'on accepte d'abord d'écouter une souffrance psychique d'origine sociale qui se dit là où elle peut être entendue, et pas seulement avec des mots... Les policiers de Montréal sont eux aussi immergés dans la clinique psychosociale, mais ils ne le savent pas, ou ne veulent pas le savoir : ils ne sont vraisemblablement pas les seuls !

C'est par l'interpellation à partir d'un malaise professionnel que tout a commencé pour nous, d'abord par l'organisation du 1er colloque français sur la question, en 1994⁵, puis par la fondation de l'Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, Orspere, qui reste son « petit nom » malgré sa transformation en Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, Onsmmp, en 2000. Notons qu'il s'agit bien d'observer les **pratiques**, de les penser avec des professionnels qui expriment simultanément un malaise dans le cadre de leur travail et le refus de baisser les bras, car le risque est celui du renoncement, au motif de refuser le malaise et au nom de l'argument qu'il s'agirait d'un problème politique, ce qui est rigoureusement vrai ; mais il n'en reste pas moins que la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels qui les reçoivent. S'agit-il de quelque chose de psychique, de social ? Il s'agit des deux, bien entendu, mais comment tenir les deux aspects, sinon d'abord par des éléments suffisamment cohérents de compréhension pour intégrer et dépasser le douloureux sentiment d'impuissance professionnelle des intervenants de première ligne : ce sont eux qui portent, dans leurs difficultés assumées, quelque chose d'important susceptible de nous informer avec précision sur la clinique comme sur la situation du monde à partir de ceux qui y vivent mal. Dans le Rapport Strohl-Lazarus (1995)⁶ : « *Ces souffrances qu'on ne peut plus cacher* », le mal être des intervenants y était présenté comme le point de départ d'une « urgence objective à traiter la question ». Ce malaise n'a pas cessé aujourd'hui, il se développe, s'amplifie, se généralise. L'urgence subjective continue de poser un problème collectif **clinique et politique**. Dans le contexte dont nous parlons, cette urgence est corrélée à la notion de précarité qui est « la misère des pays riches », à différencier de la pauvreté, bien que la pauvreté en soit affectée et souvent aggravée.

● Précisions sémantiques

La précarité sociale ne doit pas être confondue avec *la pauvreté*, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée, seuil arbitrairement défini qui varie selon que l'on est en France, en Belgique, aux Etats-

Unis, etc. : si l'on gagne moins de « x », on sera classé dans la catégorie des pauvres. La pauvreté n'empêche pas la culture, bien qu'il soit difficile de vivre pauvrement dans une société riche. En tout cas on doit reconnaître qu'il est possible de vivre sans précarité dans une société pauvre, et qu'à l'inverse on peut vivre précaire dans une société riche⁷; par contre, ce que l'on appelle « grande précarité » est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère. Du point de vue épistémologique, il convient de différencier *la précarité sociale*, portée par la question des statuts sociaux précaires, de *la précarité psychologique et existentielle*.

Il y a certes une corrélation entre la précarité sociale (précarité statutaire et monétaire, délocalisation, etc...) et la précarité psychique, mais d'une façon non mécanique. Il convient de distinguer, et ce point est important, la précarité psychique « normale », qui se situe sur le versant de la vulnérabilité ordinaire de l'être, et qui signifie que personne ne peut vivre seul, et la précarité exacerbée que nous rencontrons aujourd'hui via le malaise des professionnels, mais pas seulement de cette manière.

La précarité « normale » est constitutive de l'être humain ; le paradigme en est celle du bébé vis-à-vis des adultes tutélaires : il ne peut rien seul sur le plan physiologique qui est toujours attaché aux besoins affectifs, ce qui aboutit rythmiquement à une détresse ordinaire qui en appelle à l'autre et qui fonde à la fois le lien, le plaisir du lien et son ambivalence ; car la précarité repose à l'origine sur la détresse, l'impuissance, l'incomplétude et l'obligation d'une dépendance vis-à-vis des besoins de base, ce qui entraîne l'exigence d'une reconnaissance réciproque : être considéré comme digne d'exister dans son groupe d'appartenance (d'abord la famille, elle-même englobée dans des groupes de plus en plus vastes), et à partir de là d'exister en humanité. Sur ce plan, nous restons des bébés toute notre vie durant. On note que *cette vulnérabilité essentielle de l'humain est toujours liée à la possibilité de sa non reconnaissance, c'est-à-dire à l'exclusion*. Mais lorsqu'elle fonctionne bien, la précarité constitutive aboutit à une *triple confiance* : confiance en l'autre qui est là quand on en a besoin, confiance en soi-même qui a de la valeur, puisque l'autre s'en préoccupe lors des situations de détresse, et confiance dans l'avenir puisque d'autres situations de détresse pourront entraîner le même type de rapport liant et aidant. L'ensemble donne confiance dans le lien social qui porte la possibilité d'un avenir en société. Cette triple confiance est à *la racine d'un narcissisme ouvert à l'altérité et à la temporalité, c'est-à-dire non autarcique*. Dans le contexte actuel et selon l'histoire de chacun, cette précarité normale se transforme volontiers en *précarité exacerbée, susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance* : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît (« no future »). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le titre provocateur de ce congrès international de Bruxelles : « *jusqu'ici, tout va bien* ».

Du fait de l'atténuation de la confiance, **l'obsession collective qui définit une société précarisée** devient celle de la perte possible ou avérée de ce que nous appelons les **objets sociaux**. Qu'est-ce qu'un objet social ? C'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la retraite, le logement, la formation, les diplômes, les troupes, les biens. On en a ou pas. On peut les avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. Un objet social, c'est une forme de sécurité, comme l'avait bien décrit le rapport Wresinski en 1997⁸, qui est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs qui fait à la fois statut et lien. Il permet une reconnaissance d'existence, il autorise des relations, on peut jouer avec l'objet social comme on joue avec un ballon. Lorsque j'évoque la perte de l'objet, je n'évoque pas la perte du ballon en termes d'avoir, car, pour reprendre cette métaphore, on peut toujours trouver un autre ballon ou construire un ballon de fortune. Je n'évoque même pas la perte du terrain de jeu, car on peut toujours jouer sur n'importe quel espace en décidant qu'il s'agit d'un terrain de foot. Je parle de l'horizon le plus grave, celui de la perte de la capacité à jouer pour de vrai à l'humain, à travers des médiations, en un lieu et avec d'autres humains ; cet horizon est encore une fois celui de l'exclusion, le maître-mot de cette contribution.

II – Les trois modalités cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale

Il est maintenant possible d'envisager plus précisément *les effets de la souffrance psychique d'origine sociale* chez l'individu en contexte de précarité. On observe schématiquement trois modalités possibles de la souffrance devant la perte possible ou avérée des objets sociaux, car c'est un fait que la souffrance est liée à la précarité de ce qui fait un monde pour un sujet.⁹

1) *La souffrance peut stimuler, aider à vivre, comme le « bon stress »*. Dans ce cas, il faut admettre que le sujet est structuré sur la position existentielle suivante : « *quoi qu'il arrive, je m'en sortirai* ». Il y a conscience de la précarité, conservation du lien, conservation surtout de la possibilité de la demande d'aide en cas de perte et de souffrance, avec des mécanismes convenables de capacité de deuil, de déception, de désillusion et de nouvelles illusions créatrices d'avenir, car la plus grande des illusions, c'est de croire qu'on n'en a plus. Cette position ne repose pas sur la responsabilité du seul sujet, mais sur l'histoire ancienne et actuelle de ses étayages sociaux. La souffrance non pathologique, c'est celle qui permet d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans la suite des générations.

2) *Le deuxième type de souffrance commence d'empêcher de vivre*. Il a été décrit dans deux milieux : d'une part, dans le cadre de la souffrance au travail, par les médecins du travail, dans une sorte de clinique

psychosociale relativement invisible, sans perte des objets sociaux ; et d'autre part dans le registre de la précarité sociale, avec des personnes déjà en difficulté sur le plan de la perte des objets sociaux. Cette modalité du souffrir est construite selon le registre existentiel suivant : « *si je perds, (ou si j'ai perdu), je suis foutu* ». Dans le cas des personnes encore au travail, éventuellement avec une position haute dans la hiérarchie, on observe une dissociation entre la conservation de l'objet social et une perte avérée de l'objet psychique : quelque chose est psychiquement perdu, irrémédiablement¹⁰; nous sommes du côté de la mélancolie, car il peut y avoir une mélancolie sociale sans morbidité psychiatrique même avec des effets invalidants. On observe aussi souvent un climat de persécution sociale qui, lorsqu'il est malencontreusement validé par le politique, s'appelle « climat sécuritaire ». Le malaise peut aussi s'exprimer par de l'amertume sur le plan psychologique, de l'agressivité ou de la violence, des affections psychosomatiques diverses. Le lien social est à l'évidence en difficulté, comme en témoigne la capacité de demande qui commence de devenir très difficile, tandis que la capacité de deuil et de désillusion est entamée, de même que la capacité d'agir, de penser, de parler, d'aimer et de se situer dans les générations.

3) Le troisième type de souffrance est le plus térébrant, il s'accompagne des effets psychiques les plus invalidants. Il s'agit d'une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance, selon la position existentielle suivante « tout est foutu, vivons-disparaissons », ce qui entraîne des logiques qualifiées par certains auteurs de logiques de survie¹¹; il s'agit d'un mode de traitement extrême de la position mélancolique signalée ci-dessus.

Comme nous allons le voir, des signes essentiellement déficitaires sont observés mais pas exclusivement. On les observe dans tous les lieux de la scène sociale soumis à des processus d'exclusion, avec une attaque du lien, un renoncement à la demande, et une capacité de deuil atténuée. Au maximum, on observera le syndrome d'auto-exclusion, dont je vais décrire les formes les plus abouties, qui comporte de nombreux états intermédiaires.

III - Le syndrome d'auto-exclusion

Parler de syndrome c'est évoquer le regroupement d'un ensemble de signes récoltés à partir d'observations cliniques observés dans un certain nombre de situations morbides. Le syndrome d'auto-exclusion a émergé dans les études et recherches de l'Orspere que j'ai publiées depuis 1999, à partir de l'observation de nombreuses situations envisagées sur leur versant psychosocial, confrontée avec l'expérience d'autres cliniciens sur le versant psy comme sur le versant social. Il implique une transversalité et une pluridisciplinarité qui concerne les pys, les somaticiens, les travailleurs sociaux, les élus, les bailleurs de logements privés et publics, les associations, etc. La transversa-

lité du syndrome est à corrélérer avec le recoupement de situations d'exclusion apparemment hétérogènes, mais rapprochées par des effets psychiques identiques liés à l'exclusion.¹²

Pourquoi « auto-exclusion », sinon parce que ce néologisme introduit une duplicité sémantique de psychogenèse et de sociogenèse simultanée. Le terme d'exclusion signifie « être fermé dehors ». Sur le plan social, cela consiste en effet à être objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté. Sur le plan psychique, cela revient à avoir le sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité, laquelle s'inscrit toujours dans un groupe social ou sociétal particulier. Le terme « auto » renvoie à une activité psychique autonome, car tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir, transformant ainsi le subir en agir. Cette activité psychique qui répond à l'environnement social, et simultanément à l'histoire du sujet, laquelle est toujours elle-même liée à une structuration psychosociale en construction et/ou en déconstruction, est une manière de reprendre ce qui a été décrit par d'autres auteurs sur le versant de la désocialisation.¹³

1- Dynamique générale du syndrome d'auto-exclusion

Grâce à l'observation fine du début des situations cliniques observées et par leurs effets sur les aidants, on peut authentifier un point d'enclenchement du syndrome. Il se passe très explicitement une perte de courage. Ce découragement observable et parlable par le sujet, assez souvent réversible au début, se traduit peu à peu par un désespoir absolu qui, lui, ne peut plus s'exprimer en mots et qui est défini comme la disparition absolue du pouvoir d'agir sur le présent comme sur l'avenir sinon en transformant psychiquement une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure). Le sujet passe ainsi d'une logique de vie, soumise au principe de réalité et au principe de plaisir, à une logique de survie (ou de survivance) qui consiste à sortir du principe de réalité-plaisir pour vivre selon une autre logique¹⁴, certaines choses apparaissant plus importantes que la vie elle-même. Le renoncement porte sur beaucoup de choses sauf sur une : la conservation d'un idéal normatif qui ne peut plus être confronté à sa réalisation, même partielle, de par l'impossibilité de la déception, ce qui entraîne de fait une impossibilité d'agir en direction du souhaitable. Presque tous les symptômes du syndrome d'auto-exclusion sont déficitaires.

Pour ce faire, le sujet s'oblige à sortir de lui-même, il disparaît, mais cette disparition n'est jamais totale puisque le sujet se manifeste dans sa manière même de disparaître, toujours personnelle ; ce qui n'empêche pas une montée en généralité de la description sémiologique. Ce mouvement est observable au sein de l'accompagnement social et psychique qui existe dans

les pays qui ont encore une politique sociale : il faut bien qu'il y ait quelqu'un de présent pour observer la disparition du sujet et pour s'en préoccuper.

Le désespoir implique une *déssubjectivation* qui se manifeste par un *clivage* au moi : le moi ne veut plus rien savoir de lui-même, ce qui nécessite un *déni*, c'est-à-dire une déconnexion du sensoriel et du psychique, l'impossibilité de la prise en compte psychique d'une réalité affectant le corps et l'être corporel. *Nous ne sommes pas dans le registre du refoulement, c'est à dire de l'oubli et de la névrose, mais dans celui du clivage de nature traumatique, d'une horreur qui ne peut être représentée. La plus grande horreur, pour un humain, sa plate-forme traumatique commune, c'est de ne pas être reconnu comme tel, c'est-à-dire respecté comme un humain par les humains de son groupe d'appartenance ; et cela, quelle que soit la forme sociale du traumatisme manifeste.*

Les signes directs de la déssubjectivation consistent en une *déshabitation de soi-même* ; où passe « soi-même », nous le verrons plus loin. On comprend que cette déshabitation entraîne fréquemment des troubles de l'habiter et de l'habitat, au sens prosaïque du terme.

2- Les trois signes directs de la déshabitation de soi

Ils portent sur le corps, les affects et la pensée.

Premier signe : *anesthésie ou hypoesthésie* corporelle qui peut être impressionnante, bien connue de ceux qui travaillent avec la grande exclusion, à différencier de l'hystérie où le trouble est symbolique ; à différencier également des carences alimentaires neurotropes, comme par exemple dans l'imprégnation éthylique de longue durée. Cette anesthésie empêche de sentir les douleurs somatiques et organiques, mais surtout, et c'est sa finalité, d'être affecté par des affects et des émotions qui sont toujours à expression corporelle. La souffrance est ainsi déniée.

Le premier signe est donc intrinsèquement lié au second comme l'avert et l'envers d'un même mouvement : *à l'anesthésie est associé un émoussement affectif ou, à l'inverse, une hypomanie*, c'est-à-dire une excitabilité permanente.

Cette hypoesthésie et les troubles qui l'accompagnent sont la plupart du temps réversibles, tout au moins au début de l'installation du syndrome. Ils sont bien connus des médecins travaillant avec des gens de la rue, mais on les observe aussi chez les psychotiques ; ceux-ci sont capables d'avoir une hypoesthésie dans les moments où ils vont très mal sur le plan de l'angoisse psychotique et du retrait défensif, ce qui les conduit à ne plus souffrir, donc à ne plus ressentir ; comme tout un chacun, le sujet psychotique peut en effet avoir le sentiment d'exclusion hors de la commune humanité, amené par les interactions concrètes et symboliques vécues dans l'environnement.

Je donne deux exemples de cette anesthésie du syndrome d'auto-exclusion :

Premier exemple : cet homme de la rue, proche de la soixantaine, diabétique, commence une gangrène du gros orteil. Il est amené dans un service de chirurgie, mais il refuse l'intervention en déniant la lésion mortifiée pourtant noire, évidente, et normalement très algique ; les chirurgiens, les anesthésistes ne se sentent pas de force pour l'obliger, et le laissent fuguer peu après son entrée. Il reviendra au bout de trois mois avec une gangrène jusqu'à mi-mollet, mais refusant toujours l'opération car « il ne s'agit de rien de très grave ». Il sera amputé de la jambe « grâce » au déclenchement d'une septicémie à germes négatifs. Il terminera sa vie dans une maison de retraite en refusant une prothèse qui aurait signifié la perte déniée.

Deuxième exemple : une femme souffre d'hallucinations chroniques, ce qui ne l'empêche pas de s'occuper du quotidien de sa vie et tout particulièrement de ses deux enfants ; elle est mise sous traitement neuroleptique. Après quelques semaines de traitement, elle dit à son psychiatre : « c'est curieux, maintenant, depuis cette piqûre, je sens le soleil sur ma peau ». Cela signifiait qu'avant l'instauration du traitement, elle ne sentait pas le soleil sur sa peau, ce que son thérapeute ignorait. Les neuroleptiques, diminuant l'angoisse psychotique, diminuaient en même temps les signes de disparition de soi-même de cette femme.

Le troisième signe est *l'inhibition intellectuelle*. Fait important, il s'agit d'une mise hors circuit de l'intelligence due au clivage, et non de troubles de la pensée schizophréniques, démentiels ou encéphalopathiques. L'inhibition intellectuelle du syndrome n'a rien à voir avec ces diagnostics différentiels. La preuve en est l'accès à l'intelligence à l'aide de médiations non langagières ou la levée de l'inhibition.

En voici un exemple : cet homme de la rue est en état d'hypomanie permanente (deuxième signe), évidente lorsqu'il est en entretien. Sur le plan intellectuel, il semble ne rien comprendre. L'intervenante sociale qui le suit sur le plan du RMI est en difficulté car il s'agit de faire un nouveau contrat de RMI, sinon ce dernier risque d'être interrompu. Mais le dialogue est impossible sur ce plan. Je dis à l'intervenante qui m'en parle en analyse de la pratique que, manifestement, ce sujet ne veut pas communiquer avec elle par la parole, alors que quelque chose est peut-être possible autrement, puisqu'il aime écrire, selon ce que j'en comprends. L'entretien suivant, l'intervenante sociale, constatant la même excitation lorsqu'elle s'adresse à lui, lui dit : « Mr.Untel, est ce que vous êtes conscient que vous ne voulez pas me parler ? » ; il s'arrête dans son excitation, regarde son interlocutrice avec attention, et fait trois gestes avec ses deux mains : il se bouche successivement les oreilles, les yeux et la bouche, le message est clair et évident ! L'intervenante a alors l'idée de lui poser une question par écrit : « que signifie pour vous le silence et la parole ? ». Il répond en quelques minutes par un plan de dissertation d'une grande pertinence, qui aurait pu être développé en plusieurs heures... Un

nouveau contrat RMI sera alors discuté par écrit. J'arrête cette vignette qui montre comment ce sujet se coupait de son intelligence sur le plan verbal et pragmatique, tout en conservant une capacité de penser qui restait disponible avec brio, mais clivé de son moi quotidien, si je puis dire.

3- Les manières de vivre avec cette déshabitation de soi-même sont de l'ordre des défenses paradoxales

Le paradoxe est utilisé lorsque le narcissisme se construit, et l'on parle alors de *paradoxe intégrateur*, bien décrit par les psychanalyses d'enfants, comme par exemple la capacité d'être seul en présence d'autrui (Winnicott) ; mais il est également utilisé lorsque le narcissisme est en danger et se détricote, et l'on parlera de *défenses paradoxales*.¹⁵

Il convient de bien distinguer le paradoxe et la contradiction logique. La contradiction est constituée par deux affirmations ou deux comportements logiquement incompatibles impliquant la présence d'un tiers exclu. Par exemple, il fait jour ou nuit à un moment donné, je fais ceci ou cela. Le paradoxe n'est pas une contradiction car les antinomies *apparentes* se situent à des niveaux logiques différents et permettent de comprendre l'étymologie du mot « paradoxe » : à côté, contraire à l'opinion commune. Il ne faut pas confondre non plus les défenses paradoxales avec le double lien décrit par l'école de Palo Alto, qui est en quelque sorte un paradoxe pervers, paradoxant et immobilisateur (« faites ça, mais ne le faites pas »). Au contraire, le paradoxe intégrateur comme les défenses paradoxales permettent à un sujet de progresser par la construction narcissique de lui-même ou de se défendre lorsque le narcissisme est en danger.

● Les signes paradoxaux

Je donnerai d'abord un *exemple démonstratif* de ce que peut être une *défense paradoxale*, pour que l'on comprenne bien comment le paradoxe nous conduit dans un monde effectivement à l'envers, à l'envers de l'opinion commune.

Voici un homme de la rue qui se promène dans une grande ville de France avec une hache et un couteau. Il fait le vide autour de lui, ce que l'on comprend fort bien. Personne n'ose lui parler. Un jour, cependant, une jeune psychologue s'adresse à lui, avec le courage ordinaire de la parole, et lui demande en français courant : « Monsieur X., pourquoi portez vous une hache et un couteau ? ». A cette question simple, il répond simplement : « C'est pour ne tuer personne ». Et il explique qu'il se sent très agressif, avec le sentiment qu'il pourrait faire du mal à ceux qui s'approcheraient trop près de lui. En somme, pour ne faire de mal à personne, il fait peur pour mettre les passants à distance de sa propre violence. Une pensée éthique motive la hache et le couteau. Le paradoxe est là, il aboutit à un comportement dont la signification est à

l'envers de l'opinion commune. En quelque sorte, cet homme n'arrivait pas à se cliver suffisamment de ses pulsions agressives, ce qui l'obligeait d'instaurer une défense paradoxale au coût exorbitant en termes de lien social.

Il existe d'autres signes paradoxaux plus ordinaires, moins impressionnants, absolument indispensables à comprendre et à intégrer dans la pratique.

● Premier signe paradoxal ordinaire : la non demande.

Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres. Dans ce savoir-faire, il y a notamment *la demande portée par un tiers*, par exemple la demande d'un travailleur social qui, au bout de plusieurs semaines ou mois, arrive à accompagner en service d'urgence médicale un homme ou une femme qui va très mal sur le plan de la santé. Si le médecin méconnaît la place du tiers et veut d'emblée parler seul avec « le patient », pour des raisons de confidentialité, celui-ci lui affirmera sans ambages « qu'il va très bien ».

La demande peut aussi être portée par le thérapeute ou l'aidant. Ainsi, un homme reclus dans sa chambre de foyer social depuis 9 ans est sur le point d'être expulsé : il reçoit un psychiatre et une infirmière, à la demande de l'assistante sociale de la mairie. Après une entrée en matière qui permet une rencontre suffisante pour un accroche et une continuation possible, le psychiatre demande à cet homme : « voulez vous que je revienne vous voir, je pense que cela peut vous aider ». L'homme lui répond « non. Je ne veux pas. Mais vous, est-ce que vous le voulez ? ». Le psychiatre répond : « oui, je le souhaite ». Il porte ainsi la demande, qu'il ressent d'ailleurs, et l'homme répond alors : « vous serez le bienvenu ». Un soin pourra être entamé et continué. Il aurait été malencontreux que le thérapeute réponde à cet homme : « comment, vous avez 50 ans, et vous ne savez pas si vous voulez recevoir un médecin ! Quand vous le saurez, vous me téléphonerez, voici ma carte ».

Globalement, sur ce point de la non demande des personnes qui auraient besoin d'aide, je dirais qu'il convient de naviguer entre deux extrêmes : d'une part, l'arrogance violente d'un droit d'ingérence de principe, et d'autre part, l'attente d'une demande en bonne et due forme qui, dans certains cas, constituerait une forme d'euthanasie passive. En tous les cas, avec les données de l'état de la clinique actuelle, on peut considérer que c'est une faute technique de ne se sentir mobilisé qu'avec une demande directe correctement formulée, sans considérer la demande portée par un tiers ou sa propre perception ; à l'inverse, intervenir trop vite au nom de la non demande peut constituer une intrusion violente qui va faire se décompenser une

situation précairement équilibrée. La conduite à tenir n'est pas écrite dans les livres mais dans une négociation au cas par cas où la solution est locale, faite de préoccupation pour la personne et de respect des défenses. Cela nécessite du temps et de l'intelligence collective.

- **Deuxième signe ordinaire de paradoxe : la réaction thérapeutique négative.**

Plus l'aidant aide, plus la personne va mal ; plus la situation s'améliore concrètement, par exemple sur le plan social (retour à l'équilibre monétaire, retour dans un logement), plus la situation psychosociale se dégrade. Si bien que l'on doit en tirer la leçon suivante : lorsqu'on aide un sujet en auto-exclusion, il faut certes espérer un heureux dénouement ou une moins mauvaise situation, mais ne jamais l'attendre avec insistance, ne jamais attendre un bon résultat immédiat pour se faire plaisir sur le plan professionnel : *l'obsession d'un idéal normatif du thérapeute apparaît comme un danger pour le seuil d'équilibre actuel du sujet en auto-exclusion*. L'idéal du moi de la personne existe toujours, d'une interprétation variable sur le plan psycho dynamique, mais il n'est pas confrontable à sa réalisation car la désillusion est devenue intenable ; de ce fait, certaines prises de risque ne sont plus possibles pour le sujet. C'est plutôt l'intervenant qui doit prendre le risque de ne pas vouloir à tout prix une normalisation des écarts normatifs.

- **Troisième signe paradoxal ordinaire : l'inversion sémiologique des demandes.**

La présentation de ce signe est assez simple : un travailleur social reçoit les confidences intimes d'une personne en grande difficulté, portant par exemple sur des violences dans l'enfance ou des sévices sexuels subis. Le travailleur social, impressionné par ce dépôt qu'il reçoit dans sa propre chair psychique, sans y être préparé, a tendance à orienter *immédiatement* la personne vers un psychiatre, à qui sera exprimée... une demande de logement et de travail qui lui fera réorienter la personne vers un intervenant social. C'est l'inversion de la demande, et il convient de l'accepter : il est logique que quelqu'un qui a congelé (clivé) ses affects psychiques ne souhaite pas qu'un psy travaille à les réchauffer, ce qui le ferait souffrir plus qu'il ne peut le supporter, et qu'il préfère les donner en dépôt à la psyché d'un travailleur social qui pourra les porter, en souffrir, d'où son malaise, et peut-être orienter ultérieurement sur un travail psychique, quand le temps sera venu. A l'inverse, il est sans doute important qu'un psychiatre puisse comprendre que lorsqu'un sujet en grande difficulté psychosociale demande un logement, il s'agit aussi de sa manière d'interroger comment habiter son corps, sa sexualité, les éléments transgénérationnels de sa vie, comment habiter son voisinage, etc. Il faut en tout cas admettre que des vécus psychiques intimes dits à un travailleur social, à un non psy, sont peut-être bien dits *au bon endroit*, à charge pour la personne qui la reçoit de savoir comment porter ce dépôt psychique et comment poursuivre la relation professionnelle en transformant sa pratique mais sans changer de métier pour autant, tout en connaissant ses limites.

4- Autres signes de désocialisation favorisant l'exclusion

- **La rupture des liens+++**

Le sujet passe une grande partie de son temps à rompre les liens. Liens avec les proches, la famille, les amis, les aidants ; toute la question revient à comprendre quel type de proximité reste encore possible pour tenir une relation qui n'entraîne pas nécessairement de nouvelles ruptures, une nouvelle errance, un nouveau retrait. *Exemple* : dans un centre d'accueil de jour pour personnes de la rue, un ancien homme de la rue travaille comme homme de ménage ; il est bien intégré dans l'équipe, amical, efficace, avec peut-être simplement une avidité alimentaire remarquée à l'occasion des repas, mais il n'est pas le seul... Un jour, par hasard, il rencontre dans la rue sa femme et ses filles, avec lesquelles il avait rompu depuis longtemps. Il ne s'y attendait pas. Cette proximité non maîtrisée le conduit à quitter immédiatement son travail, à ne plus y revenir malgré une lettre de rappel du directeur. Huit jours après, on le voit Place Bellecour, à Lyon, en train de faire la manche, comme autrefois. Le lien, même visuel, avec ses anciens proches, sa famille, était devenu impossible à tenir.

- **L'errance et l'incurie**

L'errance n'est pas à confondre avec voyager ou faire la route. Sur le plan phénoménologique, l'errance est une fuite permanente au dehors, une fuite du lien tout en le conservant en permanence à la conscience. *Etre proche d'un proche en le fuyant, c'est un paradoxe. A l'errance au dehors s'oppose l'incurie au dedans*, le fait de rester « chez soi » sans pouvoir habiter son appartement, son logement, son squat, autrement que sous le mode de l'incurie ; l'incurie révèle la manière singulière de ne pas habiter. L'un des signes majeurs de l'incurie est l'accumulation de déchets de toute nature, accompagnée de négligences bénignes ou malignes (pouvant aboutir au décès). L'isolement chez soi et la négligence de sa propre personne sont des signes aussi importants que l'errance et probablement quantitativement plus répandus.¹⁶

- **L'abolition de la vergogne**

Il y a une mauvaise honte dont on pourrait idéalement se passer, j'entends la honte par humiliation, cette blessure de l'être qui conduit à un sentiment de dépersonnalisation et de disparition de soi-même. Mais il s'agit ici d'une autre honte : la « bonne honte » ou vergogne, dont on peut comprendre la signification lorsque l'on dit à quelqu'un qui ne tient pas ses engagements : « vous devriez avoir honte Monsieur ». On dira de lui qu'il s'agit d'un « homme sans vergogne ». La vergogne renvoie à un sentiment éthique pénible pour le sujet lorsqu'il ne respecte plus les valeurs du groupe auxquelles il adhère : il a honte de lui-même à ses propres yeux et à ceux d'autrui, ce qui est « utile » pour vivre en société. Cette disparition de la honte-vergogne permet de comprendre pourquoi un certain

nombre de personnes n'ont plus honte de la déchéance affichée de leur vie et de leur corps, en particulier en cas d'incurie. Cette abolition de la honte s'accompagne d'un idéal conservé mais désubjectivé, coupé de soi. Le retour de la honte, de bon pronostic, est à accompagner avec pudeur, sans trop y insister.

5- Les retours du sujet disparu

Tous ces signes de déshabitation font partie de ce que j'appelle « *les pathologies de la disparition* », de la *disparition du sujet dans son apparaître sur la scène sociale par l'action et la parole, dans sa dignité d'être un humain reconnu par autrui*. Mais le sujet est toujours quelque part, c'est un postulat éthique de la clinique ; il peut donc faire retour dans une rencontre improbable qui nécessite une conscience ouverte au monde à l'envers, au paradoxe, à l'écart normatif. Ce retour se fait de manière *non déficitaire, souvent en force*.

- **Le retour paroxystique du sujet disparu**, sur le plan psychodynamique, correspond à un retour aigu du clivé, de ce qui a été psychiquement congelé dans le moi, avec une levée brutale du déni, de l'anesthésie, de l'émoussement affectif et de l'inhibition des pensées. C'est ce qui se passe lors d'épisodes d'alcoolisations, mais également lorsqu'une confiance dont on n'a plus l'habitude s'instaure avec d'autres, confiance qui fait que la garde de l'auto-exclusion est levée : alors la pensée de cette souffrance inassumable revient à vif, active pour réactiver l'errance et la rupture du lien, pour ne plus souffrir, assez souvent sous forme de passage à l'acte, de violences ou de troubles du comportement.

On comprend que ces retours paroxystiques se font souvent *dans l'urgence* : urgence sociale, urgence somatique. On peut dire que le sujet est bien là, dans l'urgence, mais on ne peut le traiter... qu'en urgence. La difficulté technique consiste à faire le lien entre cette urgence où le sujet réapparaît et la vie quotidienne ordinaire où il a tendance à disparaître. Comment travailler en réseau ? Comment tenir l'histoire ? Comment entretenir une scansion temporelle qui peut faire lien entre l'urgence que l'on accepte et le quotidien ? Comment également apprendre à tenir une relation avec un sujet très alcoolisé, car cela est possible et même souhaitable, sous certaines conditions. Une question anodine au passage : peut-on comprendre l'urgentification de notre société par le fait d'une précarisation généralisée induite assez directement par les modes de « management » qui produirait un syndrome d'auto-exclusion collectif ?

- **Le sujet peut aussi réapparaître ailleurs ou autrement que là où on l'attend.**

Je fais allusion à ces personnes qui ne peuvent rien dire d'elles-mêmes dans l'échange de paroles, mais qui, dans des écrits ou des médiations artistiques ou autres, s'expriment vraiment, à conditions d'avoir une oreille et un regard sensibles au paradoxe, comme nous l'avons vu plus haut avec la personne qui se

bouche les oreilles, les yeux et la bouche mais qui peut écrire.

- **Le sujet peut faire retour « dans l'autre ».**

Cette formulation bizarre correspond au malaise des intervenants, et plus précisément à ce qu'ils portent de la souffrance inassumable par l'autre, comme par exemple, les confidences évoquées plus haut, mais également les souffrances non dites qui, par des mécanismes énigmatiques, sont vécues intimement par celui qui est en position d'aide. Toute la question revient alors à ce que doit faire l'intervenant face à son malaise, qui le renvoie certes à lui-même, à ses propres problèmes, mais aussi à la difficulté professionnelle dans cette situation infiltrée de la souffrance psychique inassumable de l'autre qui s'anesthésie, se coupe de ses affects et de sa pensée, et qui dépose dans l'être d'autrui sa difficulté à être. Nous avons déjà dit combien les analyses de la pratique avec des pysy aguerris à ce type de travail sont très aidantes pour les aidants, leur permettant de revenir à leur métier.

- **Le retour dans l'autre se fait souvent sous le signe d'une transversalité des interventions.**

Cette caractéristique déjà évoquée convoque des personnes différentes également interpellées par le syndrome d'auto-exclusion, si elles se sentent autorisées à répondre à la convocation. Prenons le cas de l'incurie : les voisins, au bout d'un certain temps, vont essayer d'entrer en contact direct, puis se plaindre, faire des pétitions auprès de la mairie et/ou des bailleurs sociaux, les plombiers vont intervenir (pour les fuites d'eau), ainsi que les pompiers, les travailleurs sociaux, l' élu municipal, les services de psychiatrie publique, quelquefois ceux de gérontologie, la police, etc. Toutes ces personnes sont interpellées au titre de leur position et/ou de leur métier. Cela justifie le travail en réseau dans des conditions éthiques qui sont à construire. Il y a là un champ immense d'observation, de réflexion et d'intervention.

6- Le dernier signe est celui de la mort

Par cette disparition définitive, l'exclu se rappelle radicalement au bon souvenir des vivants. La mort est l'aboutissement assez souvent prématuré du syndrome d'auto-exclusion pour un sujet qui n'habite plus son corps, qui vit dans des conditions extrêmement précaires, qui ne peut sentir sensoriellement ses pathologies somatiques, et donc s'en plaindre, qui refuse l'aide, notamment l'aide médicale et sociale qui se coupe des liens et se met dans une situation maximale de détresse, de déréliction conduisant directement à la mort dans le cas d'incurie grave aiguë, ou indirectement par des conduites d'addiction, des pathologies somatiques et psychosomatiques qui produisent une mortalité comme dans la France de l'ancien régime ou dans les pays les plus pauvres du monde. Curieusement, il y a souvent du monde aux obsèques dont le rôle est de fabriquer la communauté des vivants et des morts : des personnes tenues à l'écart par la rupture active du lien réapparaissent, membres de la famille que l'on croyait éloignés ou

absents, amis, intervenants divers qui se rapprochent. Les obsèques en disent souvent long sur ce qu'a été la vie du disparu. Quelquefois, il n'y a personne, ou presque, pour accompagner la dépouille mortelle à sa dernière demeure, si ce n'est un intervenant social, un soignant.¹⁷

IV - Pour conclure

Le syndrome d'auto-exclusion est une voie commune de l'exclusion.

On peut l'observer dans toutes les situations d'exclusion. Ce risque ne concerne pas seulement les gens de la rue, mais aussi les malades mentaux, toutes personnes isolées, certaines situations de pathologie au travail, sans oublier la question des catastrophes collectives, notamment politiques. Ce qui unit ces scènes hétérogènes, c'est le désespoir de l'exclusion sociale, l'impression de ne plus faire partie de l'humanité.

Deux modèles pour cette exclusion : d'une part, la dépression anaclitique décrit par Spitz en 1947, c'est-à-dire la maltraitance infantile : un nourrisson traité par des mains mercenaires, sans relation affective, va évoluer vers une dépression essentielle avec marasme et in fine la mort. Il vit en accéléré un syndrome d'auto-exclusion parce que, en tant que petite personne, il n'est pas reconnu comme telle. Ce modèle est celui du ratage radical de la relation intersubjective de base. A l'autre extrême, nous avons *le modèle des camps de concentration nazis*, où l'intention d'exclure de la commune humanité était affichée. Ce qui impressionne, c'est de constater aujourd'hui, en dehors d'une maltraitance infantile ou d'une visée d'extermination directe, que les symptômes de l'exclusion existent et font signes d'une manière individuellement répétée, à une échelle qui pose un problème à la fois clinique et politique. Il ne s'agit pas seulement de traiter les effets collatéraux de l'évolution des sociétés qui ne concerneraient que la marge et dont le centre serait indemne, mais la marge nous informe de ce qui se passe au centre.

● La question de la psychose

Nous avons déjà dit que les patients psychotiques peuvent présenter des symptômes d'auto-exclusion comme tout le monde ; ces symptômes ne sont pas l'apanage de la psychose mais peuvent s'observer chez les sujets psychotiques, avec anesthésie, repli et retrait, comportements paradoxaux.

En réalité, *tous les signes directs de l'auto-exclusion sont superposables à ce que l'on appelle aujourd'hui les signes négatifs de la schizophrénie*, à différencier des signes productifs de type délire ou hallucination et des signes de désorganisation de type troubles de la pensée, troubles cognitifs, dissociation. Les troubles négatifs de la schizophrénie se marquent classiquement par une aboulie, une anhédonie, un apragmatisme, qui, au-delà du jargon, correspondent assez exactement à ce que l'on observe dans le syndrome d'auto-exclusion.

Peut-on dire que le syndrome d'auto-exclusion est une forme de psychose ? Ou, à l'inverse, que certains signes de psychoses sont attribués par erreur à cette entité et seraient plutôt des signes d'auto-exclusion chez un psychotique ?

Notre position actuelle, qui est plus qu'une hypothèse et moins qu'une certitude, est d'affirmer que le syndrome d'auto-exclusion devrait permettre de revisiter la schizophrénie en approfondissant le rapport exclusion/schizophrénie : une partie de ce que l'on nomme aujourd'hui « symptômes schizophréniques déficitaires » correspondrait au fait que le schizophrène reste, envers et contre toute classification, un être humain capable de produire un syndrome d'auto-exclusion devant un regard excluant, dans un contexte de pratiques excluantes. Evidemment, dans ce cas, la thérapie est complètement différente, c'est le respect qui soigne, le respect de l'autre dans sa différence, y compris dans ses logiques de survie. Le fait qu'un certain nombre de signes déficitaires de la schizophrénie cède assez rapidement lorsque le sujet malade est mis dans des conditions de respect paraît valider cette position. C'est exactement ce qui se passe dans la psychothérapie institutionnelle, qu'elle se passe dans une institution de soin ou ailleurs, là où les gens vivent

On ne peut exclure d'avoir à différencier des signes déficitaires primaires, schizophréniques, et des signes déficitaires secondaires dus à l'exclusion.

Cette réflexion permet de reprendre, en l'actualisant, la question de la psychogenèse et de la sociogenèse des troubles psychiques via le rôle du corps et du sensoriel en rapport avec certains mécanismes sociaux d'aliénation.

Cela conduit à une définition renouvelée de la Santé Mentale.

La santé mentale n'est pas réductible à la reprise euphémisée de la psychiatrie, même d'une psychiatrie citoyenne. Ce que je propose vise une définition de la santé mentale qui garde ouvert un débat où la clinique, les sciences humaines, l'économie et le politique tissent une toile complexe, loin des perfectionnements utopiques. Il va de soi que cette notion de Santé Mentale inclut les pathologies et les pratiques psychiatriques mais les dépasse singulièrement. C'est pourquoi il apparaît important de *maintenir une distinction entre santé mentale et troubles mentaux.*

Une définition de la Santé Mentale ne peut pas non plus correspondre à la définition utopique de la santé émise par l'OMS en 1946 : « un bien être complet » bio-psycho-social ; la santé serait-elle supposée être le paradis des sociétés laïcisées ? Pour nous, qui ne sommes plus à la sortie de la deuxième guerre mondiale, une telle utopie de complétude¹⁸ n'est plus utile ni recevable, du fait des coups de boutoir de l'affaire collectivement consciente de « la souffrance psychique d'origine sociale ». Cette affaire est le signe du conflit essentiel de notre modernité : d'un côté la définition et

l'expansion mondiale des droits de l'homme, d'une dignité de la personne à respecter absolument, qui est en quelque sorte l'aboutissement du bon côté de l'individualisme moderne ; mais de l'autre côté, on observe une atomisation de l'individu en rapport avec la circulation mondiale des flux financiers et des produits promue par l'ultra libéralisme qui, en tant que tel, ne prend en compte ni de près ni de loin la question des droits de l'homme, sauf si les lois du marché s'en trouvent commercialement affectées. *Le conflit constitutif de notre modernité se situe entre les droits de l'homme et le néolibéralisme non régulé*, avec le risque de l'impossibilité de vivre ensemble autrement que branchés sur des flux d'argent et de produits. C'est pourquoi il est pertinent et urgent de promouvoir une nouvelle définition de la santé mentale dans la mesure où elle influence des pratiques :

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. » (Jean Furtos, 2004¹⁹).

Cela revient à insister sur la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives.

Nous avons besoin de laisser de côté une santé absolument bonne et son ambition d'un « bien être complet », en fait stigmatisante et de l'ordre du faux self ; cela suppose d'inclure la capacité de souffrir sans disparaître ; la notion d'un environnement donné et transformable signifie que l'on n'est pas exactement dans le meilleur des mondes, ou, en tout cas, que le meilleur des mondes est toujours la possibilité de le construire ; la destructivité est à différencier de la révolte, c'est-à-dire de la capacité de dire non, qui fait partie d'une bonne santé mentale.

Les politiques de Santé Mentale visent des pratiques soutenues par le souci de promouvoir et de maintenir cette capacité de vivre ensemble et avec soi-même (perspective de Santé Mentale positive), et visent évidemment à éviter le syndrome d'auto-exclusion ou à le rendre réversible (perspective préventive et restauratrice).

Au passage, cela permet de mettre un sens sur la faible réactivité de notre époque aux modifications des équilibres sociaux et de leurs effets sur les individus, sur les personnes : pourquoi, s'interrogeait Gilles Bibeau, n'y a-t'il pas d'avantage de révolte ? La clinique de l'auto-exclusion, si on consent à ce qu'elle dépasse la relation duelle, nous permet d'approcher, non sans effroi, le monde dans lequel nous vivons, que nous contribuons à construire et à déconstruire. La tendance est à la disparition, et non à la mise en oeuvre de la capacité de dire non.

Je termine sur cette citation de Bertrand Ravon, sociologue à l'Université de Lyon 2, qui, lors d'une discussion privée, s'est exprimé de cette manière paradoxale : « *Aujourd'hui, ceux qui font vraiment de la politique, ce sont les cliniciens de la clinique psy-*

chosociale ». Cela fait allusion aux intervenants de première ligne qui constatent sur le terrain des pratiques où ils interviennent les effets psychiques de l'organisation/désorganisation contemporaine du vivre ensemble : ils contribuent à produire une lucidité psychosociale d'essence clinique sur les enjeux politiques de notre temps. Car le malaise dans la civilisation n'est pas spéculatif et les pratiques de santé mentale à promouvoir sont précisément... des pratiques. Dans le contexte de la mondialisation que nous connaissons, il n'est pas question d'abandonner le souci du micro local, car c'est là où les gens vivent.

1. Centre Hospitalier le Vinatier, 95 boulevard Pinel - 69677 Bron Cedex (France). www.orspere.fr
2. In Freud S., *Le malaise dans la culture*, oeuvre complète, tome XVIII, p. 263.
3. In « Qu'appelle t'on penser ? », Quadrige/PUF, 1959, p. 63.
4. Revenu Minimum d'Insertion.
5. Actes du Colloque « *Déqualification Sociale et Psychopathologie* » ou Devoirs et limites de la Psychiatrie Publique, Oct-Nov 1994. Onsm-p-Orspere.
6. Rapport Strohl-Lazarus., 1995, *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI.
7. A partir de ces différences, on est cependant obligé de reconnaître, dans le contexte de la mondialisation, que les sociétés pauvres se précarisent et que les sociétés riches s'appauvrissent dans leurs classes moyennes, ce qui nécessite toujours de différencier les notions.
8. Wresinski, M.J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport au conseil économique et social, Journal Officiel du 28 février 1987
9. Furtos J., Lahlou J., 2001, « Souffrance devant la précarité du monde (Pourquoi une clinique psychosociale ?) », In : *Confrontations Psychiatriques n°42*.
10. Si l'irréversibilité signe la temporalité, l'irréversible renvoie à la perte mélancolique avec haine destructrice du temps et de soi-même.
11. Roussillon René, cf. *Rhizome n°25*, déc. 2006, p. 16 s, et « *La santé mentale en actes* », sous la direction de Furtos J. et Laval Ch., Edition Eres, 2005, p. 221s.
12. Laval Ch., Renault E., 2005, « La santé mentale : une préoccupation partagée des enjeux controversés », in : *La santé mentale en actes*, sous la direction de J. Furtos et Ch. Laval, Editions Eres, pp. 317-347.
13. Vexliard A., *Le clochard. Etude de psychologie sociale*, Paris, Desclée De Brouwer, 1957.
Declerck P., *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon (Terres Humaines), 2001.
Thelen L., *L'exil de soi. Sans-abri d'ici et d'ailleurs*, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 2006.
14. Roussillon R., déc. 2006, « La logique du plus faible », in : *Rhizome n°25, Réinventer l'institution*, p. 16 à 18.
15. Furtos J., 2005, « Introduction. Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, opus cité, p. 24s.
16. Thèse de médecine de Nicolas Meryglod, Lyon, juillet 2007, « L'incurie dans l'habitat ».
17. Furtos J., Colin V., nov. 2002, Rapport « Accompagner jusqu'au bout... », recherche commanditée sous le titre « La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement », FNARS-ORSPERE.
18. A l'inverse de la complétude, la visée d'une santé bio-psychosociale reste un progrès majeur à conserver, versus une conception bio-médicale exclusive.
19. Congrès International de Lyon « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsm-p : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in : *La santé mentale en actes*, Edition Erès.

La fragilité chez Miguel Benasayag comme alternative au désenchantement de l'individu postmoderne

François COLINET

Gradué en communication en 2000, François COLINET entame alors des études d'assistant social qu'il terminera en 2002. Il poursuit ensuite son cursus par une licence à l'Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité à l'UCL. En septembre 2005, il présente un mémoire consacré aux écrits de Miguel Benasayag sous le titre « *La fragilité chez Miguel Benasayag comme alternative à l'opposition force – faiblesse* », qui sert d'ouvrage de référence au présent article.

Il travaille aujourd'hui à la RTBF et poursuit en parallèle l'agrégation en psychologie et sciences de l'éducation à l'UCL.

Miguel Benasayag est un médecin pédopsychiatre et philosophe argentin.

Né de père argentin et de mère française, il s'engage dès son adolescence dans la guérilla armée dans son pays à la fin des années 1960 avant d'être emprisonné par la dictature en place.

Victime de multiples tortures sous la junte militaire, il restera plusieurs années en détention avant d'être libéré et extradé vers la France où il retrouvera la liberté.

À la fin de ses études de médecine, il prendra le chemin de la psychiatrie et plus particulièrement de la pédopsychiatrie tout en débutant en parallèle une carrière d'écrivain philosophe basé sur ses expériences de combattant, de prisonnier et de victime de la torture en Argentine dont il est revenu transformé après y avoir résisté.

Un autre rapport au monde

Benasayag porte un regard critique sur la société dans laquelle nous vivons en partant d'une analyse du règne de l'individu, et de sa course effrénée derrière un bonheur tant attendu et qui n'arrive jamais.

Pour expliquer sa position, l'auteur se penche sur la relation que les hommes et les femmes d'occident ont progressivement construite entre les notions de liberté et de domination. Cette relation est en effet à la base du comportement de type individuel caractérisant nos contemporains.

Portés depuis le XVII^e siècle par les philosophes des lumières, le paradigme de la rationalité s'est associé aux progrès scientifiques pour insuffler à l'homme

l'illusion qu'il pourrait un jour tout maîtriser.

Le grain de sable de la complexité est depuis venu compromettre ce rêve de domination absolue et la tristesse s'est alors emparée de l'individu.

Benasayag explique que l'individu envisage le bonheur comme une situation dans laquelle rien ne viendrait remettre en cause son pouvoir de maîtrise. Différents éléments de la vie quotidienne nous amènent à le penser : estompement des limites géographiques grâce aux moyens de transport de masse, confusion dans les limites spatiales et temporelles aussi grâce aux moyens de communication moderne (télévision, téléphone, Internet) qui apportent à domicile et sur demande des bouts de réel qui nous donnent l'illusion d'avoir accès au monde entier sans bouger de chez soi.

Dans ce contexte, la position de l'auteur est justement d'affirmer que l'illusion du « tout est possible » éloigne du concret de la vie et empêche d'accepter les contraintes du réel.

Il propose donc une vision novatrice, un changement radical de position : *la position fragile*.

La fragilité doit se comprendre comme un autre chemin que celui de l'opposition « force- faiblesse » que l'individu a choisie. En acceptant ce changement de cap, l'homme peut alors se positionner comme *personne* qui accepte que les principes fondamentaux de la vie sur Terre ne se discutent pas et que les situations ne sont pas transitives vers un but à atteindre mais que les changements ne seront concrets et efficaces que dans l'« ici et maintenant ».

Cette proposition vise à changer la domination en partenariat, en co-appartenance mutuelle.

Ce postulat n'est envisageable qu'à travers une *philosophie situationnelle*. Celle-ci doit en effet, en réintroduisant l'importance des limites, du lien et de l'action concrète, permettre à tout un chacun de passer de la posture de *l'individu* isolé et détaché du monde à celle de la personne, qui accepte de se situer dans une histoire et dans un paysage dont elle est un élément constitutif sans en être le tout et sans en maîtriser la destinée.

La vertu des limites

Cette pensée de la *situation* est décrite par l'auteur comme la condition sine qua non de l'émancipation et de l'épanouissement des êtres humains.

Partant du principe que *si tout est possible, alors rien n'est réel*, Benasayag défend ardemment la réintroduction indispensable de limites pour pouvoir poser des actes concrets et réfléchir la façon dont nous sommes liés aux différents éléments qui composent une situation donnée.

Instaurer des limites, ce n'est pas uniquement interdire c'est avant tout poser un cadre à partir duquel une pensée puis une action peuvent s'élaborer.

Pour Benasayag, une vérité ne peut s'énoncer qu'à l'intérieur d'une situation donnée, sinon elle ne vaut rien car, pour lui, il n'existe pas de vérité globale. En les situant, nous pouvons donner du corps aux problèmes posés.

A l'intérieur de ces *limites situationnelles*, nous pouvons alors reprendre un rôle actif dans la construction de notre existence grâce à un désir qui se conçoit comme le moteur de nos actions concrètes.

Un Désir moteur de développement de la vie

Benasayag propose une alternative novatrice à la

notion de liberté conçue par l'homme postmoderne comme l'estompement de tous les obstacles entravant le libre arbitre et la réalisation de la volonté individuelle.

Le désir comme moteur de vie doit ici s'envisager non pas comme une course effrénée derrière un « manque » et une recherche perpétuelle de complétude mais bien comme l'ingrédient indispensable à la liberté.

L'individu assimile la liberté à la maîtrise totale de son environnement. Puisque *si tout est possible, alors rien n'est réel*, Benasayag soutient au contraire que c'est justement le fait de pouvoir composer avec les contraintes du réel qui nous permet d'accéder à la liberté, ici conçue comme la capacité de développer son être.

Cela nous demande d'accepter un changement radical de position qui consiste à se considérer comme une partie d'un tout et non pas un observateur extérieur de notre propre vie. Cette vision part du principe que la vie désire la vie. La position de *personne* implique d'accepter la vie sans pourquoi. Il en va de même pour le désir.

La différence entre une logique du manque et une logique du développement est fondamentale. Dans la seconde proposition, le désir est envisagé comme le moteur de l'activité en tant qu'être humain.

Le désir vécu comme « concrescence » relègue avec enthousiasme nos petites envies individuelles au second plan au nom du développement de la vie dans laquelle nous pouvons choisir d'être acteurs. Ainsi nous ne décidons donc pas de nos désirs et nous n'en sommes pas propriétaires.

Ce changement de position doit nous permettre de sortir de l'angoisse et de la tristesse qui caractérise l'individu paralysé par le manque et qui l'empêche de s'investir concrètement dans la construction de sa vie au quotidien. Car nous assistons en effet à un incroyable retour de balancier à la façon dont les hommes des *golden sixties* envisageaient la vie en société. Nous sommes passés d'une société prospère et enthousiaste, portée par des espoirs et des rêves, à une société triste, peureuse et paralysée par un enjeu devenu central : *la peur de perdre*.

Perdre son emploi, sa situation, sa maison, son confort au profit de l'« autre », non plus perçu comme partenaire potentiel pour faire évoluer la société vers un équilibre plus juste mais comme un rival potentiel prêt, si on n'y prend garde, à nous voler tout ce que nous possédons.

L'appel vers des actions restreintes

Dans son ouvrage *Le mythe de l'individu* nous pouvons lire :

« Pour nous qui ne sommes pas des consciences pures, pour nous qui existons tout simplement, le fait d'exister en tant qu'être situé signifie très concrètement que nous expérimentons cette expérience. »¹

Lacan ne dit d'ailleurs pas autre chose en utilisant le terme de *parlêtre*. Nous parlons grâce à notre expérience d'être en relation. Donc situé. En relation avec les humains mais aussi avec l'espace, le temps et les multiples dimensions que nous expérimentons au quotidien.

Dans ce contexte, Benasayag prône une position volontariste qui invite à parier sur la vie maintenant plutôt que sur l'espoir de demain. La vie un jour après l'autre, le développement des projets en réponse à l'impuissance postmoderne.

Ces projets entrent dans le concret par le biais des actions restreintes, ces actions qui n'ont pas peur de prendre en compte le réel et qui, en respectant leur caractère limité, peuvent concrètement influencer une situation donnée.

Ces changements, Benasayag ne les envisage pas en termes de rupture ni de basculement à un moment précis mais bien, au contraire, en terme de continuité composée d'une multitude d'éléments déterminants perceptibles ou non.

L'appel de la vie, une philosophie de l'Amour

La question de l'amour est au centre de la pensée situationnelle de Benasayag : en effet la position de l'individu qui se conçoit comme entité séparée du monde est une position qui refuse le lien. Depuis sa prétendue extériorité, l'individu n'envisage le monde qu'à partir de sa propre position, de ses propres sentiments, envies et capacités.

Or, toute relation amoureuse suppose un lien, une envie de se consacrer à l'autre et donc de sortir de la position « hors monde » propre à l'individu. L'amour s'oppose également à la perspective individuelle qui relie maîtrise et domination parce qu'il échappe à toute tentative de compréhension rationnelle. Parce qu'il est indicible, il résiste à toute tentative de normalisation.

L'amour est cette force de vie qui nous pousse à nous engager malgré tout, sans savoir dans quoi nous sommes embarqués. Adopter la position fragile qui est au coeur de la pensée de Benasayag demande le même type de démarche.

Pour sortir de la tristesse propre à l'individu et retrouver des perspectives joyeuses, il faut accepter de suivre notre destin sans savoir où il mènera exactement. Comprendre comme le souligne l'auteur que *La vie, c'est le chemin*.

Accepter d'excentrer son regard pour s'intéresser aux reliefs, aux liens, toutes ces dimensions qui enrichissent un présent que l'individu perçoit comme lisse et unidimensionnel.

Pour sortir de la tristesse qui le rend impuissant, l'individu doit accepter de quitter la tour d'ivoire depuis

laquelle il observe le monde sans y participer.

Le chemin à parcourir est long car participer à l'appel de la vie implique d'adopter une position de *personne* se considérant comme élément parmi d'autres dans les situations qu'elle habite. Une personne qui prend conscience de participer à un mouvement qui la dépasse, à un élan de vie dont sa propre mort ne signifierait pas la fin. Ce mouvement n'appartient à personne, il est le résultat du lien entre les êtres vivants, hommes et nature, par-delà les générations.

En tant qu'être humain nous sommes partie prenante de ce processus et la reconnaissance de notre propre fragilité est l'outil qui doit nous aider à vivre cet appel. Un appel à la vie, et donc à l'amour.

1. BENASAYAG M., *Le mythe de l'individu*, Editions La découverte, Paris, 1998 p. 141.

Bibliographie

Principaux ouvrages de Miguel BENASAYAG :

- *Critique du bonheur*, (avec CHALTON E.), Editions La Découverte, Paris, 1989.
- *Le pari amoureux*, (avec SCAVINO D.), Editions La Découverte, Paris, 1995.
- *Le mythe de l'individu*, Editions La Découverte, Paris, 1998.
- *La fabrication de l'information*, (avec AUBENAS F.), Editions La Découverte, Paris, 1999.
- *Du contre-pouvoir*, (avec SZTULWARK D.), Editions La Découverte, Paris 2000.
- *Parcours : engagement et résistance, une vie*. Entretiens avec Anne Dufourmantelle, Editions Calman-Lévy, collection « Petite bibliothèque des idées », Paris, 2001.
- *La fragilité*, Editions La Découverte, Paris, 2002.
- *Résister c'est créer*, (avec AUBENAS F.), Editions La Découverte, Paris, 2002.
- *Les Passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, (avec SCHMIT G.), Editions La Découverte, Paris, 2003.
- *Connaître et agir. Paysages et situations*, (avec del REY A.), Editions La Découverte, Paris, 2006.

Entretien avec Luc Colinet

Professeur, médecin, thérapeute... guérisseur : « Celui qui réaccorde au monde »

Coordinatrice-animatrice à la L.B.F.S.M.

Françoise Herrygers : Luc, tu es arrivé à un point charnière de l'existence, celui de la pension qui, en ce qui te concerne est sans doute le point de départ de nouveaux projets... plus personnels, peut-être...

Tu es un homme discret qui se montre peu et qui écrit encore moins. Tu as cependant accepté de répondre à quelques-unes de mes questions dans un esprit de rencontre et de transmission, ce dont je te remercie sincèrement car ton parcours n'est pas banal...

Médecin généraliste, celui qu'avant on appelait volontiers « le médecin des familles » tu t'es, par la suite, formé à la thérapie familiale... Comment est né le médecin et pourquoi le thérapeute familial est-il apparu ?

Par ailleurs, j'ai trouvé une réflexion de Maurice Druon¹ où il dit ceci : "Un grand médecin est d'abord un guérisseur qui d'autre part a appris la médecine".

Te reconnais-tu dans ce terme de guérisseur ?

Médecin généraliste
Thérapeute familial au S.S.M. Le Méridien
Responsable Coordination Santé Mentale et
Précarités

Luc Colinet : On pourrait peut-être d'abord définir ce que l'on entend par « guérisseur ». Selon ta propre définition, le guérisseur est ce que l'on peut appeler « un réaccordeur au monde », quelqu'un qui remet les personnes dans une certaine harmonie non seulement avec elles-mêmes mais aussi avec le monde environnant. En fait, quand j'y réfléchis et sans me considérer vraiment comme un grand guérisseur, je pense que c'est ce le fil rouge qui m'a guidé dans mes choix professionnels.

Avant d'être médecin, j'étais licencié en chimie, matière que j'ai enseignée dans le secondaire. En y repensant, ce n'est pas tellement l'enseignement de la chimie qui m'intéressait mais plutôt la relation avec les élèves et leurs parents. Et, lorsque j'ai pratiqué la médecine générale pendant 17 ans dans un quartier défavorisé de Bruxelles, là aussi ce qui me motivait ce n'était pas tant la médecine elle-même, la recherche des maladies, que la rencontre avec les gens. Ce que chacun pouvait apporter dans cette rencontre, ce qu'on pouvait donner et recevoir mais toujours dans cette perspective – pour moi-même et pour mes patients - d'être plus en accord avec le monde.

Pendant que j'exerçais comme médecin généraliste, j'ai fait une licence en Sciences de la Famille et de la Sexualité. Cette licence m'a vraiment intéressé et ouvert à la sociologie, l'histoire, la philosophie, la psychologie... J'ai trouvé cette formation passionnante et ce d'autant plus que j'y ai eu quelques professeurs géniaux : Steichen, Bonmariage, Jaspard,... Le

1. Maurice Druon, écrivain, académicien et homme politique français

Pr. Fontaine, dont j'avais pris en option plusieurs cours, m'a permis de développer un intérêt tout particulier pour la psychiatrie et la psychologie de l'enfant et de la famille, ainsi que pour le psychodrame et la thérapie familiale. C'est suite à cela que j'ai entrepris d'étudier la systémique à Chapelle-aux-Champs où, là aussi, j'ai eu la chance de croiser quelques magnifiques personnalités, le docteur Jorge Barudy par exemple que j'ai eu comme formateur en 2^{ème} année.

Toutes ces formations successives ont, en définitive, été une porte d'entrée pour autre chose... Lorsque je le considère maintenant, il m'apparaît que ce parcours poursuit le fil de la rencontre avec les gens mais pas n'importe quelles rencontres, des rencontres de « guérisseur », des rencontres profondément vécues qui veillent à réaccorder...

J'aime bien ce que Jean Furtos² dit sur la *précarité normale*, qu'elle est *constitutive d'une triple confiance* : confiance en soi même, confiance dans son monde environnant donc dans ses relations, confiance dans l'avenir. Pour moi c'est un peu cela, être un guérisseur. Réaccorder les gens au monde, c'est les aider à avoir plus de confiance en eux, dans leurs relations et dans l'avenir. C'est cette idée qui a dominé toute ma carrière comme professeur, comme médecin généraliste et finalement comme thérapeute familial.

F. H. : *Et, sauf erreur de ma part, tu ne l'as pas fait n'importe où mais dans ce qui est actuellement le Service de Santé Mentale Le Méridien.... Comment es-tu arrivé là ? Je crois savoir que tu as fait partie de ses fondateurs ou, du moins, de sa première équipe multidisciplinaire. Pourrais-tu nous rappeler la genèse de cette mise au travail, le pourquoi du choix d'y développer un projet spécifique en santé communautaire et si cette option a tenu ses promesses au fil des années et les tient encore ?*

L. C. : La création du S.S.M. Le Méridien a été une étape de plus, dans ce sens qu'avant elle, et comme médecin généraliste, j'avais créé, avec d'autres, une Maison médicale, celle dite « du Maelbeek »³. J'ai été parmi les premiers qui ont ouvert des Maisons médicales à Bruxelles. J'étais alors globalement très fortement impliqué dans les mouvements de création de ces Maisons parce que j'ai toujours cru à une certaine manière d'envisager l'implication des médecins et des travailleurs de la santé dans un travail de santé publique et de santé « humaine », je dirais, où la santé communautaire avait déjà toute sa place.

Notre Maison médicale a donc été ouverte dans un quartier bruxellois défavorisé et très vite j'ai été en contact avec une association du quartier, « Le Pivot », qui faisait du développement communautaire avec des familles du Quart-Monde, ce qui m'a directement placé au coeur de ce type de dynamique. Dynamique caractérisée par sa façon d'appréhender les problèmes et d'essayer d'y répondre en faisant participer au maximum les personnes à leur propre santé, à leur propre développement. Autrement dit, plutôt que de proposer nos propres solutions, il s'agissait d'abord de soutenir les projets que les gens pouvaient avoir pour améliorer leur quotidien sur le plan de la santé, du social, etc.

La création du Méridien en 1989 est venue dans une suite logique d'événements et de rencontres, à la suite du S.S.M. Le Chien Vert qui lui même avait été créé au départ du S.S.M. de Chapelle-aux-Champs.

C'est Charles Burquel qui, en revenant du Pérou, a fait sa spécialisation en psychiatrie pour ensuite imaginer un travail de type psychiatrique, très alternatif pour l'époque, qui sortait des murs des cabinets des psychiatres pour s'installer dans la Cité, là où les gens vivent. L'idée de mettre sur pied une psychiatrie sociale - comme on disait alors - était très prégnante chez lui. C'est comme ça qu'il a d'abord créé le Chien Vert à Woluwé Saint-Pierre. Ce n'est que quelques années après, sans doute pas tout à fait satisfait du travail qu'il pouvait réaliser à Woluwé, qu'il a voulu élaborer autre chose...

2. cfr. article de ce dossier, *Mental'idées* n° 11, septembre 2007, p. 26

3. *L'origine de la "Maison médicale du Maelbeek" remonte à juillet 1976; l'initial "groupe santé du Maelbeek" s'est développé progressivement et a pris le nom de maison médicale en janvier 1982. Depuis son origine, ce projet a toujours voulu lutter contre tout ce qui entretient les inégalités sociales, raciales, sexuelles et culturelles devant la santé. C'est dans cet esprit que le meilleur accueil possible est toujours donné aux personnes les plus exclues. Parallèlement aux soins médicaux et paramédicaux journaliers, la maison médicale du Maelbeek a mis sur pied depuis 1983 un service de garde d'enfants malades à domicile. Depuis 1994, un réseau d'entraide s'organise avec l'aide bénévole de patients ou d'habitants du quartier. Depuis novembre 96, un "Espace Parents - Petits Enfants" est ouvert le vendredi matin de 9h30 à 12h dans la salle kiné de la maison médicale. Enfin, depuis janvier 1997, un nouveau projet est né : des séances collectives de "gymnastique douce" tant pour les femmes que pour les hommes.*

Extrait du Site de la Fédération des Maisons Médicales : [http://www.maisonmedicale.org/index.php?id=108&no_cache=1&user_maisonmed_pi1\[showUid\]=42](http://www.maisonmedicale.org/index.php?id=108&no_cache=1&user_maisonmed_pi1[showUid]=42)

Un Service situé là où les gens en difficultés ou en situation de précarité vivaient afin d'y développer un projet de psychiatrie sociale.

A l'époque déjà, Saint-Josse était la Commune de la Région bruxelloise la plus pauvre et aussi une des communes les plus diversifiées en termes de populations. Il y avait alors une petite centaine de nationalités différentes qui y cohabitaient... D'ailleurs sur ce plan, cette population n'a guère évolué en une trentaine d'années...

De plus, il n'y avait aucun S.S.M. sur le territoire communal, le plus proche étant le S.S.M. la Gerbe implanté à Schaerbeek.

Cinq autres professionnels ont rejoint Charles Burquel sur ce projet et c'est comme ça que l'Extension du S.S.M. Le Chien Vert - qui à l'époque ne s'appelait pas encore « Le Méridien » - a été ouverte à Saint-Josse, à la rue Gillon.

Six mois plus tard, j'ai pris, en tant que stagiaire systémicien, le train en marche tout en continuant à exercer comme médecin généraliste à la Maison médicale du Maelbeek à Etterbeek.

Charles Burquel, qui était un ami de cours, nous avons fait nos études de médecine ensemble, m'a proposé de rejoindre cette équipe multidisciplinaire. Il était intéressé par mon expérience médicale généraliste avec les populations du Quart-Monde et plus particulièrement peut-être par celle développée avec « Le Pivotal » dans le cadre du développement communautaire.

Au départ, nous ne parlions pas vraiment de « Santé communautaire » ou de « Santé Mentale communautaire »... Ces terminologies ne sont apparues que plus tard...

A l'époque - ayant nous-mêmes peu de moyens en termes d'espaces, de bureaux, de matériel - nous travaillions souvent dans des conditions difficiles installant une certaine précarité qui n'était pas sans intérêt.

Elle nous permettait, en effet, d'entrer plus aisément en résonance avec la situation des gens et nous obligeait également - vu l'exiguïté de nos locaux - à faire du travail à domicile ; elle nous rendait ainsi plus disponibles à aller là où les personnes vivaient vraiment.

La Santé communautaire proprement dite est venue par après en tant que projet spécifique, grâce à Nathalie Thomas : une psychologue ayant travaillé au Nicaragua, je pense, et intéressée à développer et adapter ici le travail en Santé communautaire qu'elle avait connu là-bas. Charles Burquel, ayant été mis au courant de son travail en Amérique latine, lui a proposé de rejoindre l'équipe pour mettre son projet à exécution ; à savoir, une Santé communautaire dont l'objectif était de développer une aide en termes de Santé Mentale par des non-professionnels c'est-à-dire des personnes-ressources du quartier. Pour y arriver, a été mise sur pied une première formation à l'approche en Santé mentale communautaire destinée aux intervenants professionnels locaux, charge à eux ensuite d'y former des personnes-ressources du quartier afin qu'elles soient à même d'intervenir au niveau local.

L'idée que sous-tendait alors, et que prône toujours aujourd'hui, la Santé mentale communautaire est que nous soyons présents au niveau des habitants avoisinants et à l'écoute de leurs possibilités, de leurs difficultés, de leurs objectifs afin de les aider à se mobiliser pour réaliser les projets qu'ils ne parviennent peut-être pas à mettre en oeuvre seuls. Il y aurait beaucoup d'autres choses à dire par rapport à la Santé mentale communautaire, je renvoie les personnes intéressées aux articles du dossier thématique sur ce sujet paru dans le Mental Idées n°5 de janvier 2005.

F. H. : Certains S.S.M. implantés, comme vous, dans des territoires qui sont de véritables mosaïques culturelles ont développé un travail ethnopsychiatrique... Comment avez-vous composé avec l'aspect multi-culturel et multilingue du quartier tant du côté santé communautaire que du côté clinique ?

L. C. : Si les personnes du quartier ne connaissent pas le français, alors nous travaillons avec des interprètes. Ceci dit, les projets en Santé communautaires se font toujours en français, et aussi en espagnol avec les communautés hispanophones puisque plusieurs intervenants de notre équipe maîtrisent cette langue. Le problème de la langue se pose parfois, bien sûr, mais on ne peut pas répondre à tout, on est forcément limité. La différence entre l'ethnopsy et ce qu'on peut faire chez nous ne se situe pas au niveau de la Santé communautaire mais plutôt au niveau de la clinique, au niveau de la consultation.

L'ethnopsychiatrie est un modèle de consultation essentiellement clinique, où plusieurs intervenants d'origines différentes proposent une interprétation traditionnelle de la souffrance psychique et des symptômes à partir de leur propre culture. Libre au patient de prendre ou non.

Nos modèles de consultation à nous sont des modèles où les personnes viennent seules, en famille ou avec la personne qui s'inquiète, mais voient un ou deux intervenants qui généralement parle(nt) français. On travaillera plus la souffrance psychique de la personne dans son histoire de manière individuelle et au niveau de l'inconscient si on est plus d'orientation psychanalytique, ou ce que ça a comme sens dans l'ici et maintenant, dans son contexte de vie mais aussi dans son contexte intergénérationnel, si on est d'orientation systémique.

D'une façon comme de l'autre, il s'agit de modèles de travail thérapeutiques bien définis. A signaler qu'un psychiatre d'origine syrienne est venu récemment rejoindre notre équipe du Méridien et offre la possibilité de consultations en arabe.

F. H. : Dans un de ses articles Olivier Douville⁴, parle de certains dispositifs d'accueil et de soins créés à l'intention de personnes précarisées, - misant sur un non-agir, un non-faire -, qui sont des points d'accueil hors du temps... Au Méridien, vous avez semble-t-il opté pour le mouvement, l'échange des savoirs, la participation active... L'un est-il mieux que l'autre, sont-ils complémentaires, pourquoi avoir choisi l'un plutôt que l'autre ?

L. C. : Le travail communautaire offre de multiples possibilités mais c'est vrai qu'on pourrait imaginer la création d'un lieu où les gens qui déambulent viennent simplement s'arrêter un moment donné.

Des lieux comme ceux-là existent dans de nombreuses villes ainsi qu'à Bruxelles mais sans doute ne sont-ils pas suffisamment nombreux...

Ces lieux sont parfois aussi imbriqués dans d'autres... Par exemple, au Pivot, il y a un magasin de vêtements et à l'arrière de cette « boutique », il y a un espace où les gens peuvent venir se poser.

Cet espace est toutefois un lieu ouvert sans l'être tout fait, parce que - là aussi - il y a des habitudes qui se créent et il faut veiller à ce que l'accueil ne se perde pas en provoquant l'exclusion de ceux qui ne sont pas des habitués. C'est très difficile pour un lieu d'être tout le temps ouvert, d'éviter les exclusions perpétrées à la fois par ceux qui sont responsables du lieu mais aussi par ceux qui y viennent. Des lieux tels existent aussi dans la salle d'accueil du S.S.M. la Gerbe, dans certains restaurants sociaux où les gens viennent a priori pour manger mais aussi où un certain nombre restent ou y viennent comme ça pour un temps indéterminé.

C'est une manière de répondre à leur « dés-ancrage » mais je pense qu'il n'y a pas qu'une forme de réponse existante...

Dans le projet Santé Mentale du Méridien, on est sans doute plus dans la recherche de ce qu'il y a encore comme ressources chez les personnes, de ce qui les mobilise, de ce qui leur permet encore de rester debout, de se lever tout les jours comme on dit au Pivot. Et, une fois qu'on l'a trouvé ensemble, nous tentons de les soutenir, non pas en les stimulant énergiquement pour qu'ils se mettent en route mais plutôt dans une rencontre et une écoute qui se font sur un long terme, au cours d'une longue histoire.

C'est ça qui est très important.

4.

Olivier Douville, psychanalyste et anthropologue, directeur de publication de *Psychologie Clinique*, maître de conférence en psychologie, Université de Paris X - Nanterre .

Article : *Le temps d'éprouver la densité du temps...* - *Rhizome* n° 15, Dossier *Dépasser l'urgence*, avril 2004 p.11-12

La plus grande violence que les hommes s'infligent à eux-mêmes est la misère ; qui, au-delà de la pauvreté, plonge une partie de l'humanité dans l'inexistence

Anonyme

Face à toutes ses situations où on parle de non-agir, non-faire etc... où, comme le dit Jean Furtos, *les gens en arrivent à s'auto-exclure pour ne pas être exclus*, on pourrait dire se marginalisent - car on n'est pas marginalisé par les autres mais on se marginalise soi-même - la première attitude à avoir, c'est vraiment d'être avec. Il faut essayer qu'il y ait une rencontre et, bien sûr, prendre le temps ! Pour certains, ce temps peut prendre des années avant qu'une rencontre puisse avoir lieu et qu'il y ait quelque chose qui accroche allant peut-être un peu diminuer cette attitude d'auto-exclusion...

Et ça c'est un gros problème, dans les Services de Santé Mentale et dans d'autres Services qui sont quand même tenus à avoir un certain rendement pour répondre aux exigences de leurs pouvoirs subsidiaires.

Il est impossible pour les intervenants d'annoncer en fin d'année dans leur bilan d'activité : « *j'ai à mon actif autant de personnes qui ne sont plus exclues...* ». Le travail avec les personnes précarisées ne cadre pas avec ce genre de critères !

F. H. : *Pour paraphraser Miguel Benasayag⁵ en reprenant les mots d'un guérisseur qui appartenait à un peuple premier: « le voyage, le cheminement, a plus d'importance que la destination elle-même... »*

L. C. : *Tout a fait ! C'est dans cette même logique, évidemment. Il faut se permettre ce « confort » de travail, il faut oser affirmer, ce qui m'importe ce n'est pas d'avoir vu autant de personnes ou réussi autant de choses, ce qui m'importe c'est d'avoir « voyagé », comme tu dis, avec X personnes. Il n'y a ni performances, ni résultats objectifs à rechercher là-dedans.*

F. H. : *Comment faire entendre cette logique, ce temps long et humainement nécessaire aux pouvoirs politiques et subsidiaires qui ont une temporalité brève de 4 ans et dont les credos se déclinent en critères, résultats quantifiables, évaluations, statistiques... ?*

Comment, dans ces conditions, arriver à défendre aux yeux de ces pouvoirs l'octroi de subsides nécessaires au bon fonctionnement et à la stabilité des équipes ; stabilité permettant la rencontre, l'établissement de liens de confiance et le cheminement avec les personnes en difficultés. Comment faire admettre le coût de la logistique d'un voyage au long cours aléatoire à ceux qui ne reconnaissent que le minitrip organisé et maîtrisé ?

L. C. : *Il faut arriver à montrer au politique que ce que l'on fait est valable, en être persuadé et, résister. Avec Miguel Benasayag et reprenant ses termes je pense que « Résister, c'est créer »⁶*

Chaque intervenant se doit de réfléchir à ce qui opère dans sa pratique et, s'il l'estime juste, de résister à ce qui va à l'encontre de ce qui est nécessaire, humainement et philosophiquement, à l'établissement d'une véritable rencontre avec les personnes fragilisées.

Mais ce préalable est très insuffisant, s'il n'est pas suivi d'une volonté concertée de faire connaître cette résistance et ce qui la motive auprès des instances politiques. Il faut se mettre ensemble, travailler en réseau, pour montrer qu'il existe d'autres manières de penser, de travailler, d'envisager un avenir pour tous...

Pour ce faire, les organismes de coordination - comme la L.B.F.S.M., les Fédérations, les Plates-Formes,... - jouent un rôle essentiel de catalyseur et de transmetteur. Ce sont ces espaces fédérateurs qui permettent de résister aux injonctions du politique et qui l'empêchent de faire n'importe quoi. Mais, dans ce domaine, rien n'est jamais acquis... Il faudra toujours résister et toujours et encore le faire savoir...

5.
cfr. article de ce dossier, *Mental'idées* n° 11, septembre 2007, p. 36

6.
cfr. bibliographie des principaux ouvrages de M. Benasayag, *Mental'idées* n° 11, septembre 2007, p. 36

F. H. : *Est-ce aussi cette idée - " résister [ensemble] c'est créer "- qui a amené le médecin et le thérapeute que tu es à devenir en plus Coordinateur à la Ligue, à rassembler des praticiens autour de la table pour échanger sur la pratique et mettre en commun les expériences ? D'autre part, en 1994 lorsque j'ai été engagée à la Ligue, la Coordination - que tu menais déjà alors - s'appelait « Coordination Quart-Monde » et*

après avoir été mise en dormance durant quelques années, on la retrouve vers 2002-2003 – toujours avec toi à la barre – sous l'intitulé de « *Coordination Santé Mentale et Précarités* », précarités au pluriel... Quelles sont les raisons de ce changement de dénomination ? Qu'est-ce que Coordonner t'a apporté personnellement et que penses-tu avoir apporté au secteur, puisque les Coordinations thématiques à la Ligue⁷ se doivent d'être au bénéfice du secteur ?

L. C. : La Coordination « Quart-Monde » a été créée en 1992. Il faut remettre cela dans le contexte de l'époque... Je travaillais alors à la fois au Méridien et à la fois comme médecin généraliste et plus spécialement en partenariat avec Le Pivot ce qui m'avait pleinement sensibilisé aux problématiques du Quart-Monde. D'ailleurs, lorsque j'ai fait la formation en thérapie systémique, j'avais dès le départ dans l'idée de pouvoir en faire profiter les familles les plus défavorisées ; car ces familles avaient du mal à se payer un thérapeute familial. Quand, plus tard, je me suis retrouvé au Méridien et qu'on m'a proposé une coordination, ce sont automatiquement les familles les plus pauvres qui se sont à nouveau imposées à mon esprit... D'après mes connaissances, peu de personnes du Quart-Monde allaient chez le psy et, pour dire la vérité, les psys n'allaient pas non plus chez elles...

Je me suis dit qu'il pouvait être intéressant de voir avec les différents S.S.M. ce qu'ils avaient comme pratique avec les familles les plus pauvres, même si je me doutais bien qu'ils ne devaient pas en avoir beaucoup... Je trouvais intéressant de tenter d'appréhender quels étaient alors les rapports entre les S.S.M. et les populations du Quart-Monde. Et si les S.S.M. n'avaient aucun contact avec ces populations, de voir comment ils pouvaient les toucher parce que ces familles existent. Voilà comment est née la Coordination « *Quart-Monde* ». Pas mal de S.S.M. y ont participé. On se réunissait alors tous les deux mois et nous avons alors principalement travaillé avec des invités/experts qui connaissaient bien cette population à différents niveaux que ce soit médical ou social, avec le Professeur Fontaine, avec le Pivot, avec le S.S.M. La Pioche de Marchienne Docherie ou encore avec des professionnels qui venaient de l'étranger comme le Dr. Maurice Titran de Roubaix.

Et puis la Coordination s'est arrêtée un moment donné, faute de combattants et s'est ensuite transformée en un groupe de recherche bibliographique constitué d'une dizaine de personnes.

Nous avons ainsi constitué un relevé bibliographique d'articles écrits entre 1975 et 1997 traitant du psy et des familles défavorisées ou dites du Quart-Monde. On se distribuait les articles entre nous, chacun les lisait, les résumait et puis nous en parlions ensemble sur le plan théorique mais également sur celui des liens que nous y trouvions avec notre clinique quotidienne. Cette période de la Coordination a été extrêmement enrichissante pour tous ceux qui y ont participé, je crois.

Ensuite, en 1998 et pour un motif que j'ignore mais qui était sans doute politique, la Coordination n'a plus été financée.

Elle a repris en 2002 sous l'intitulé Coordination « *Santé Mentale et Précarités* » parce que ma pratique dans le cadre de l'évolution du S.S.M. le Méridien avait changé : elle s'éloignait des populations du Quart-Monde mais me montrait aussi qu'il existait de plus en plus de situations complexes et précarisantes qui mettaient les intervenants psys ou sociaux des S.S.M. en difficultés.

Ils se retrouvaient face à des personnes en état d'instabilité permanente, *sur le fil*, comme le disait Pascale Jamouille⁸, d'une vie sans logement, surendettée, sans papiers, exilée... Dans des états de mal-être qu'on n'avait pas pris en compte 10 ans auparavant, non parce qu'ils n'existaient pas mais, étant sans doute moins visibles, ils nous avaient moins interpellés.

L'emprunt est le premier-né de la pauvreté

Proverbe Peul

7. cfr. Programmes de travail 2007-2008 des Coordinations thématiques à la Ligue, *Mental'idées* n° 11, septembre 2007, p. 14

8. Pascale Jamouille, anthropologue, S.S.M. Le Méridien/ANSO/UCL

Tout devient précaire : hommes, objets, institutions, entreprises, concepts et valeurs, solidarité, amours, familles, travail, modes de consommation, temps de repas et de sommeil, idéologies, formes de guerre, renommées, loisirs et distractions. S'installe le droit de disparaître, de changer de nom, d'identité ou de traits, de vivre une vie choisie.

Jacques Attali,
L'Homme nomade,
Ed. Fayard, 2003, p.27

D'une manière globale, je dirais que la précarité a augmenté et que cette augmentation est liée :

- d'une part à une volonté d'individualiser les choses, de mettre en avant l'autonomie, l'indépendance, de mettre l'individualisme comme valeur première dans notre société. Conséquemment, tous les problèmes ne sont plus gérés de manière sociétale mais au niveau individuel, les individus deviennent « responsables » de leurs propres problèmes ;

- et d'autre part à un néo-libéralisme ambiant qui ne fait que s'accroître avec le matraquage publicitaire que nous subissons. Heure après heure, les publicités martèlent dans la tête des gens qu'ils doivent posséder le plus d'objets possible, qu'ils doivent consommer pour exister, et que leur seul but doit être de contrôler tout ce qui les entoure. Pour tenir le bon bout et rester dans la norme, il faut gagner un maximum d'argent pour acquérir un maximum de moyens.

Tout cela ne fait qu'augmenter *la peur de perdre* dont parle Benasayag⁹ : peur de perdre tout ce qu'on a gagné : son travail, ses biens, sa maison, sa pension... On n'accorde plus de valeur au fait de rester loyal ou fidèle, par exemple, à son conjoint mais beaucoup plus au fait d'être soi-même, quitte à en changer, si nécessaire, pour mieux se retrouver soi. Prédomine l'harmonie avec soi, individu seul et détaché du monde, plutôt que des valeurs créatrices de liens, de solidarité et de fidélité à l'autre. Cet état d'esprit bouscule tout y compris les liens familiaux. Même là nous ne savons plus très bien où nous en sommes... L'individu est soi-disant autonome mais seul !

Pour moi, c'est cela la précarité, cette situation d'équilibriste qui met les gens quotidiennement au bord du gouffre et elle est visiblement plus généralisée aujourd'hui qu'il y a 20 ans. Aujourd'hui, le sentiment de précarité touche la société en général et chacun en particulier...

Il suffit de voir la difficulté qu'ont nos politiques de mettre sur pied un gouvernement... C'est quand même incroyable, mais cela montre bien dans quelle précarité nous nous trouvons. C'est comme si plus rien ne tenait. « *Tenir* » signifiant qu'il y a un fil conducteur, quelque chose qui reste dans une histoire. On n'est plus dans une histoire, on est dans un moment cédé et détaché de son contexte, on est dans le moment de la précarité. La seule arme pour en sortir est une force psychique importante et elle se forge avec la triple confiance évoquée plus haut. C'est ça qui est utile.

C'est pour s'adapter à ce constat d'élargissement des fragilités que la Coordination s'est ouverte passant du *Quart-Monde* à *la Santé Mentale face au défi des Précarités*, en ayant pour objectif que les S.S.M. soient préparés à pouvoir recevoir toutes les formes de précarités qui se présentent.

F. H. : *En étant prêt à tout recevoir, ne risque-t-on pas de créer une hiérarchie des précarités en traitant plus facilement les situations de précarités « rattrapables » au détriment de celles où la difficulté est nettement plus infiltrée ?*

L. C. : C'est un risque, en effet, si on reste dans l'idée du « faire ». Il est préférable de se dégager un peu de cette attitude de *faire* avec pour plutôt privilégier la position d'*être avec*. Position qui est finalement valable pour tout le monde - qui que l'on soit et d'où que l'on vienne - et profitera différemment à chacun suivant la rencontre qui s'opérera.

L'intervenant, et plus particulièrement peut-être le psy, doit également se sortir de l'idée que la personne vient avec une demande propre. Comme le disait Jean Furtos, *les gens qui demandent sont des gens qui vont bien*. Celles qui vont très mal sont incapables de demander et ça aussi c'est valable pour tout le monde. Je pense qu'il faut avoir une attention particulière envers les demandes portées par un tiers, autrement dit ne pas appréhender l'individu seul mais au contraire dans ses relations puisque

9.
cfr. article de ce dossier, *Mental'idées* n° 11, septembre 2007, p. 35

“ un individu isolé ça n'existe pas ”¹⁰. Dans chaque travail que l'on fait, on doit pouvoir entendre et même favoriser, le fait que d'autres accompagnent, fassent un chemin avec la personne qui est un peu plus en souffrance. Partant de là, il n'y a aucune raison valable pour que le psychologue ne voie pas la personne en difficulté avec quelqu'un d'autre, un membre de la famille ou un intervenant extérieur.

Je trouve également que le travail de relais est fondamental et plus encore avec les personnes en souffrance majeure qui vivent la pauvreté de génération en génération. Là, il y a un travail essentiel à faire, celui de redonner *leur* parole aux gens qui ont été abîmés, démolis par leur vie. Une parole qui vienne d'eux-mêmes, qui leur appartienne vraiment et qui ne soit pas une parole opportuniste, déformée, forcée par la norme extérieure, « *obligée* » pour dire à l'autre ce qu'il souhaite entendre et ainsi obtenir des bénéfices.

Il faut faire resurgir cette parole propre, la supporter et faire reconnaître sa valeur intrinsèque auprès des Services, la relayer. C'est un travail difficile, ingrat, à recommencer sans cesse.

F. H. : *Pour oser cette parole, il faut être fort...*

L. C. : La force vient de la reconnaissance, elle vient de l'autre lorsqu'il te reconnaît. Un enfant a de la force parce qu'on l'a reconnu tout de suite, parce que ses parents lui ont donné cette confiance de base en lui montrant que ce qu'il disait était valable et lui accordant leur confiance. Mais, au contraire lorsqu'on vit dans une non-reconnaissance, lorsque l'autre te renvoie que tu n'es rien, que tu ne sais rien faire, que ta parole est sans intérêt, tu ne peux pas avoir de force. C'est l'autre qui fait que tu as ou non de la force. L'individu existe parce que l'autre lui renvoie une image. *L'individu est avant tout un être de relations.*

Lorsqu'on travaille avec des personnes sans existence, il faut d'abord les reconnaître en tant qu'êtres humains, en tant que personne de valeur et à ce moment-là leur parole retrouve sa vérité.

F. H. : *Comme je l'ai signalé en introduction de cet entretien, tu tournes une page d'une carrière humainement riche... D'autres vont prendre le relais que ce soit au niveau de la Coordination ou du travail thérapeutique. Or, j'entendais ce matin qu'une étude récente évaluait à 28% le nombre de personnes en situation de pauvreté à Bruxelles... N'y aurait-il pas quelque chose à faire au-delà du psy et du social, c'est-à-dire plus en amont, avec d'autres services que les S.S.M. mais aussi avec les familles, les éducateurs, les enseignants et les politiques ?*

L. C. : Au niveau de la Coordination, j'ai a un moment donné – pour éviter le confinement intra-S.S.M. – invité, sans trop y croire, des Services extérieurs comme les C.P.A.S., les C.A.S.G. et d'autres à participer aux réunions cliniques. Et ils sont venus. Ils sont d'ailleurs même plus nombreux en termes de présence et de régularité à y venir que les S.S.M. ! Sans doute parce que, par exemple au niveau des C.P.A.S., il y a des choses qui ont évolué ; ils ont maintenant au sein de leurs équipes des professionnels engagés spécifiquement pour constituer un réseau, créer et entretenir la liaison avec d'autres services et intervenants. Ce sont ces « coordinateurs » qui viennent aux réunions de « Santé Mentale et Précarités ».

Maintenant, je crois que mon successeur à la barre de la Coordination devra sans aucun doute développer et amplifier les relations avec le politique. Je me suis attaché à faire connaître la coordination via des publications ou en participant activement à diverses manifestations scientifiques mais, pour ma part, j'ai peu travaillé au niveau du politique. Sauf, durant l'année académique 2006-2007, où sur la question du logement, le politique a été interpellé notamment par le biais d'une rencontre de travail qui a été organisée avec Madame Dupuis, Secrétaire d'Etat au Logement.

10.

Jean Furtos, cfr. article de ce dossier, Mental'idées n° 11, septembre 2007, p. 24

Dans ce domaine, il y a des choses à faire et une place à prendre. Manu Gonçalves qui reprend ma charge de coordinateur à la Ligue aura sans doute à faire connaître au politique la position des travailleurs de terrain, leur analyse de la situation, leurs revendications,...

Maintenant, quant à aller plus loin au niveau de l'enseignement, ce serait aussi certainement intéressant. Au niveau des Universités, je pense que ça ne va pas vraiment dans le bons sens...

Lorsque j'étais jeune médecin, j'ai pu animer des séminaires de médecine sociale sur les thèmes du quart-monde, sur l'approche communautaire, ... Ces séminaires qui faisaient alors partie du cursus médical en dernière année de médecine généraliste ont perduré quelques années et puis ont, à ma connaissance, disparus... sans doute remplacés par des choses plus centrées sur le médical...

Je pense qu'à l'heure actuelle, les autorités universitaires des facultés de médecine et de psycho, ont plus d'intérêt du côté du purement médical, des neurosciences, des bio-technologies... que du côté du social ou du relationnel.

Pour contourner le problème, il faudrait essayer de s'adresser directement aux organisations estudiantines et à leurs responsables pour voir comment il serait possible d'informer les étudiants sur ces questions et domaines peu ou pas abordés dans le cadre des formations universitaires.

Il faut être modeste dans ce que l'on fait, un petit nombre de jeunes universitaires seulement risque d'être intéressé par un travail de réflexion autour de questions qui débordent du cursus classique.

Il faut avancer avec ceux-là qui, peut-être, feront boule de neige...

F. H. : ... et deviendront, peut-être - qui sait ? -, à leur tour des « réaccordeurs au monde » ... Merci, Luc Colinet.



A lire - accessible au Psycendoc et à la L.B.F.S.M.

Le [Mental'idées n°5](#), paru en janvier 2005 et dont le dossier thématique était consacré à la [Santé Communautaire](#)

Deux Mental'idées dont les dossiers thématiques ont été réalisés sous la direction du dr. Luc Colinet – Coordinateur « Santé mentale et Précarités »

1- [Mental'idées n° 8](#), septembre 2006 – Dossier thématique : [Santé mentale et Précarités \(1^{ère} partie\)](#) - Santé mentale et logement, avec la collaboration de Thierry Lahaye (CoCof)

2- [Mental'idées n° 9](#), janvier 2007 – Dossier thématique : [Santé mentale et Précarités \(2^{ème} partie\)](#) – Santé mentale, Désinsertion et Souffrance psychosociales

Dossier bibliographique (1975-1997) : [Santé Mentale et Pauvretés](#), réalisé par la Coordination Quart-Monde à la L.B.F.S.M. (Marie-Christine de Leval, Pascal Graulus) sous la direction de Luc Colinet, Bruxelles, 1997, 108 p.

Cycle de conférences et séminaires 2007-2008 S.S.M.- U.L.B. asbl

Conférences

Le jeudi soir de 20h à 22h30, 10 euros (5 euros étudiant) sur place ou 25 euros pour les trois conférences (12,50 euros étudiant), le Professeur Roussillon sera présent à toutes les activités. Accréditation demandée. Inscription au cycle complet de conférences et séminaires 110 euros.

4 octobre 2007, « *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité* »
31 janvier 2008, « *Les dispositifs symbolisants* »
20 mars 2008, « *Les pathologies du Narcissisme* »

Espace Jacqmotte, BTC CTB, rue Haute 147, 1000 Bruxelles

Matinées cliniques

Le vendredi matin de 9h à 12h, suivi d'un apéritif convivial et d'échanges jusqu'à 13h, 25 euros la matinée, 90 euros pour le cycle complet de séminaires (deux matinées et une journée entière). Ouverts à tout professionnel exerçant une activité clinique psychiatrique ou psychothérapeutique sur demande préalable (formulaire d'inscription). Le respect de la confidentialité des présentations est impératif. Accréditation demandée. Inscription au cycle complet de conférences et séminaires 110 euros.

5 octobre 2007,
présentation clinique : Dr S. Matagne et C. Du Bled du SSM-ULB, discutants : Professeur R. Roussillon, I. Duret.

1er février 2008,
présentation clinique : Dr C. Causanschi et l'équipe de la « Contre-allée » de l'HUDERF
Discutants : Professeur R. Roussillon, N. Ferrard.

Espace Jacqmotte, BTC CTB, rue Haute 147, 1000 Bruxelles

Journée clinique

un vendredi de 9h à 17h, activité comprenant deux collations 10h30 et 15h avec un walking dîner vers 12h30; 60 euros la journée, 90 euros pour le cycle complet de séminaires (les deux matinées et la journée entière). Ouvert à tout professionnel exerçant une activité clinique psychiatrique ou psychothérapeutique sur demande préalable (formulaire d'inscription). Le respect de la confidentialité des présentations est impératif. Accréditation demandée. Inscription au cycle complet de conférences et séminaires 110 euros.

21 mars 2008, « *Pour une clinique de l'entreje(u)* »,
présentation clinique : G. Castiaux, discutants : Professeur R. Roussillon, J. Godfrind.
L'après-midi, une discussion générale se tiendra en table ronde avec les trois discutants du cycle.
Accréditation demandée.

Espace Jacqmotte, BTC CTB, rue Haute 147, 1000 Bruxelles

Contact : Alexandra Buytaers, au 02/503 15 56 ou www.ulb.ac.be/assoc/ssm/ (infos et formulaires d'inscription) ou centredeguidance@ulb.ac.be

Cycle de Rencontres

Dans quel monde vivons - nous ?

Jean-Pierre Lebrun psychiatre et psychanalyste et la librairie A Livre Ouvert – Le Rat Conteur interrogent la société contemporaine, le premier jeudi de chaque mois.

« Comment pouvons nous appréhender notre société habituellement dite postmoderne ? Qu'en est-il du destin spécifique des sujets qui la composent autant que du lien social qu'elle véhicule implicitement ?

Il s'agit ici d'abandonner autant l'espoir nostalgique de restaurer l'ordre ancien que le vœu et la prescription d'un laisser faire généralisé. Voie étroite s'il en est, qui pour être frayée avec justesse, a besoin de relevés sismographiques rigoureux pour permettre non pas de revenir sur la modernité, mais d'éviter qu'elle n'aboutisse à l'opposé de ce qu'elle visait par un aveuglement sur ses conditions de possibilité.

Nous soutenons que la psychanalyse peut – et dès lors, doit – contribuer à décrypter ce qui nous arrive, autrement dit qu'elle est en mesure de constituer une boussole. Etat des lieux toujours nécessaire préalablement à toute intervention qui se veut judicieuse. Encore faut-il que les psychanalystes consentent à se mettre à la tâche avec des tenants d'autres savoirs. Qu'ils soutiennent la dimension anthropologique de leur discipline et qu'ils acceptent qu'en un tel lieu de transdisciplinarité, ils parlent la langue commune à tous. Charge aussi pour les autres – universitaires chercheurs... de perdre en ce lieu un peu de l'exercice pointu de leurs compétences au profit d'une contribution à repenser collectivement et donc à reprendre le risque de l'altérité.

C'est cet exercice que nous proposons en nous entretenant avec des auteurs qui tentent à leur manière de comprendre dans quel monde nous vivons. »

Jean – Pierre Lebrun

DANIEL BOUGNOUX

(philosophe)

Le 4 octobre 2007 à 20 heures

La crise de la représentation

Éditions La découverte



OLIVIER REY

(mathématicien)

Le 8 novembre à 20 heures

Une folle solitude

Éditions Seuil



DANY – ROBERT DUFOUR

(philosophe)

Le 6 décembre à 20 heures

Le divin marché: la révolution culturelle libérale

Éditions Denoël

Lieu des Rencontres

A Livre Ouvert - Le Rat Conteur
116, rue Saint Lambert - 1200 Bruxelles,
02.762.98.76

Entrée libre

En 2008, durant le premier semestre deux rencontres sont d'ores et déjà prévues : Jacques Dewitte, le 6 mars et Christian Laval, le 8 mai

Séminaire ouvert à tous

organisé dans le cadre de l'enseignement de l'Association Freudienne de Belgique

par Jean-Pierre Lebrun

avec la participation intermittente mais régulière de Jean-Marie Forget¹

“Couleurs de l'inceste et clinique de l'acte”

un mardi sur deux, à partir du mardi 16 octobre 2007 à 20h.30 dans les locaux de l'A.F.B.,
15 avenue de Roodebeek, 1030 Bruxelles.

Parmi les conséquences cliniques majeures de la mutation du lien social, nous pouvons noter la place donnée au

corps, la nécessité de penser une clinique de l'acte et l'ébranlement de l'interdit de l'inceste. En effet, à partir du déclin du patriarcat, le Nom-du-Père ne faisant plus "grand-route", c'est l'articulation des trois registres Réel, Imaginaire et Symbolique qui est à penser autrement, ce qui faisait sans doute dire à Lacan que "l'Oedipe freudien ne saurait encore longtemps tenir l'affiche". S'en suit que dans notre société, l'inceste - qu'il faudra redéfinir psychanalytiquement - peut et doit être appréhendé avec une palette de nuances qui, dans le monde d'hier, pouvait se réduire à la loi du tout ou rien.

Autrement dit, il s'agira d'aborder et d'élaborer l'inceste comme les Inuits le font de "la neige" lorsqu'ils la désignent pour les nuances, d'une dizaine de mots là où nous n'en avons qu'un. Les couleurs de l'inceste, donc au-delà du blanc ou du noir, tout un spectre ! Nous voilà en quelque sorte contraints à remettre sur le métier le lien entre le sensible et l'intelligible, à resituer en son lieu juste comment se réactualisent refoulement originaire, interdit de l'inceste et inscription dans la "lalangue".

Au travers d'oeuvres de fiction, de faits divers, ou de la clinique au quotidien que ce soit celle du cabinet ou du travail social, il s'agira d'identifier les traces de la réalisation incestuelle et/ou incestueuse dans un éventail de mises en acte dont les structures sont à déplier: absence de coupure, moments de dérégulation, insupportabilité du repos, exigence de la sensation, sentiment d'imposture qui suscitent des agirs divers... mais aussi marchandisation et consommation-consommation.

S'en dégageront quelques questions qui mériteront qu'on s'y arrête : le rapport à la langue dite maternelle, les conséquences de la différence anatomique qui, sans être "le" destin, n'en est pas moins pour autant "un" destin, la prévalence du préoedipien, le rapport à l'écriture, la vie institutionnelle... c'est toute la clinique de l'acte qui devra ainsi être élaborée, clinique pour laquelle bien souvent les repères traditionnels nous laissent en panne.

Ce séminaire sera corrélé au Cycle de Rencontres à la librairie A livre ouvert avec des auteurs d'ouvrages éclairant le monde dans lequel nous vivons. (cfr annonce précédente)

Jean-Pierre Lebrun²

Une P.A.F. de 50 euros sera demandée pour les extérieurs à l'enseignement de l'A.F.B.

1. *L'adolescent face à ses actes ... et aux autres*, Une clinique de l'acte, Erès 2005.
2. *La perversion ordinaire, vivre ensemble sans autrui*, Denoël 2007.

■ Groupe thérapeutique de psychodrame

Ce groupe psychothérapeutique est ouvert à toute personne qui s'interroge sur les difficultés qu'elle rencontre, sur ses choix, ruptures, deuils, son sentiment d'être en porte à faux avec son entourage... Autant des situations traumatiques que des difficultés de la vie quotidienne ou la sensation de tourner en rond ... peuvent être abordés. Le psychodrame permet également de percevoir la place occupée dans les relations familiales, professionnelles,...

La parole au sein du groupe et le jeu psychodramatique (drama, jeu, action en grec) aident à éclairer, explorer et peuvent amener à se mettre en mouvement, à dépasser des obstacles, à entamer des changements. L'écho des participants ainsi que les interventions des animateurs soutiennent et favorisent une autre vision.

Ce groupe s'adresse à toute personne désireuse de développer sa connaissance de soi et ses modes d'interactions familiales. Il peut constituer une première étape « expérientielle » dans le processus de formation des personnes qui souhaitent intégrer l'approche psychodramatique en tant que moyen d'intervention.

Informations pratiques :

- Le groupe se tient à partir du 15 octobre 2007, chaque lundi de 20H à 21H30 au CFIP Av Gribaumont, 153 - 1200 Bruxelles (Métro Gribaumont) - Tel: 02 770 50 48 - www.cfip.be
 - Un entretien avec l'un des deux thérapeutes est préalable à l'entrée dans le groupe.
 - Conditions financières : selon les revenus, 15 à 35€ par séance – 30€ pour l'entretien préliminaire.
 - Animateurs: **Anne-françoise Dahin** (0494/17 75 04 - Rue de l'Invasion, 77 A - 1340 Ottignies) et **Vincent Magos** (02/736 35 92 R Hobbema, 47 – 1000 Bruxelles.)
- Les animateurs sont tous deux psychanalystes (École belge de psychanalyse) et psychodramatistes (Association belge de psychodrame).

■ Conférence et journée d'étude

Dans le cadre du cycle de conférences *"Penser la condition anthropologique aujourd'hui"*

Le Pôle d'Anthropologie Philosophique et Transdisciplinaire
du Département de Philosophie des F.U.N.D.P.-Namur

a le grand plaisir de recevoir

Alain BADIOU

Philosophe, fondateur et président du Centre International d'Etude de la Philosophie Française Contemporaine, professeur émérite à l'Ecole Normale Supérieure, est également romancier et dramaturge.

pour une conférence le **27 novembre à 18h.30** sous le titre

À quoi l'homme est-il destiné?

et

pour une journée d'étude le **28 novembre de 9h.30 à 17h.00**
autour de son livre co-organisée avec le département "Sciences, philosophies,
sociétés" (Département des sciences, FUNDP-Namur)

"Logiques des mondes" (seuil, 2006)

Pour introduire le débat interdisciplinaire autour de cet ouvrage d'une portée majeure ont déjà accepté d'intervenir

Marc Belderbos (UCL), Marcel Crabbé (UCL), Marc Crommelinck (UCL), Isabelle Delcroix (FUNDP), Bertrand Hespel (FUNDP), Dominiek Hoens (R.U.Gent), Dominique Lambert (FUNDP), Sébastien Laoureux (FUNDP), Nathanaël Laurent (FUNDP), Pierre Marchal (Association Freudienne de Belg.), Antoine Masson (FUNDP/UCL)

Vous y êtes cordialement invités

Vous trouverez en pièce jointe une affiche grâce à laquelle vous pouvez nous aider à nous faire connaître.

Pour plus d'infos sur cette conférence et les suivantes du cycle, vous pouvez également vous reporter au site du Département :

<http://www.fundp.ac.be/facultes/lettres/departements/philosophie/recherche/pcaa>

L'entrée est libre, nous vous proposons cependant dans la mesure du possible de vous inscrire préalablement par retour de courrier.

Au plaisir peut-être de nous y rencontrer

Antoine Masson et Sébastien Laoureux

■ Colloque

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

Filiation Sexuation Identité

jeudi 29
et vendredi 30 novembre 2007

au CENTRE CULTUREL DE WOLUWÉ-SAINT-PIERRE
Avenue Charles Thielemans, 93 - 1150 Bruxelles

Avec la participation de :

Jacqueline Schaeffer
Guy Ausloos
Marcel Gauchet
Françoise Héritier
Alain Badiou

PROGRAMME

Jeudi 29 novembre 2007

- 08h30 Accueil café
09h00 Ouverture de la journée par :
Bernard Coulie, Recteur de l'Université Catholique de Louvain
Benoit Cerexhe, Ministre-Président du Collège de la Commission communautaire française en charge de la Santé
Jean-Paul Roussaux, Président des Services de Santé Mentale de l'UCL
10h00 **Jacqueline Schaeffer** *Du masculin et du féminin comme co-construction de couple*
Président de séance : Patrick De Neuter
Discutants : Blandine Faoro-Kreit, Susan Heenen-Wolff, Karl-Leo Schwering
12h00 Déjeuner
13h30 **Guy Ausloos** *Identité et langages familiaux*
Présidentes de séance : Maggy Siméon, Muriel Meynckens
Discutants : Emmanuel de Becker, Dominique Charlier, Vincent Dubois
15h30 Pause café
16h00 **Marcel Gauchet** *Pour une théorie psychanalytique de l'individuation*
Président de séance : Jean-Pierre Lebrun
Discutants : Bernard Fourez, Francis Martens, Philippe van Meerbeeck

Fin de la première journée à 18h00

Vendredi 30 novembre 2007

- 09h00 **Ateliers** (Pause café vers 10h30)
12h00 Déjeuner sandwichs
13h30 **Françoise Héritier** *Autour des mères : transmission du genre et fantasmes de puissance*
Président de séance : Lina Balestriere
Discutants : Jean-Yves Hayez, Arlette Seghers, Charles Burquel
15h30 Pause café
16h00 **Alain Badiou** *L'identité aléatoire du fils dans le monde d'aujourd'hui*
Président de séance : Antoine Masson
Discutants : Denis Hers, Marc Crommelinck, Philippe Meire
18h00 **Conclusion** par le Dr Denis Hers et M. Karl-Leo Schwering, directeurs du Centre Chapelle-aux-Champs

Fin de la deuxième journée à 18h15

Ateliers (choix à préciser lors de l'inscription)

- 1 LES AVATARS DE LA FILIATION : COMMENT TISSER LES FILS ?**
Président de séance Jean-Philippe Heymans
Martine Goffin *La rupture du lien adolescent-parent : un nouveau mode d'expression ?*
Yves Terlinden *Filiations multiples et Droit : zapper entre ses origines ?*
Frédérique van Leuven *La transmission peut-elle se conjuguer au pluriel ?*
Discutants Valentine d'Udekem, Sylvie Van den Eynde, Manoëlle Descamps, Isabelle Lescalier Grosjean
- 2 TRANSMISSION TRANSGÉNÉRATIONNELLE : TENSIONS ENTRE DONNER, RECEVOIR... ET CRÉER**
Présidente de séance Anne-Marie Decuypere
Blandine Faoro-Kreit *"Ce que tu as hérité de tes pères, gagne-le, pour le posséder" (Goethe)*
Edith Tilmans-Ostyn *Les malentendus des héritages psychiques dans les familles d'alcooliques*
Discutants *L'apport des jeunes enfants dans la reconstruction du transgénérationnel*
Bénédicte Amory, Florence Calicis, Emmanuelle Paul
- 3 SEXUATION ET PERVERSION : L'INFANTILE AU COEUR DE LA CLINIQUE**
Président de séance Francis Martens
Lina Balestriere, Mark Mertens *L'enfant éternel : une clinique avec des sujets pédophiles*
Claire Morelle *Le travail du refoulement chez "l'enfant pervers polymorphe"*
Discutants Caroline Anselot, Marie-Cécile Henriquet, Gaëtan Hourlay
- 4 SEXUATION ET COUPLE MASCULIN-FÉMININ**
Président de séance Michel Heinis
Danielle Bastien *L'amour addictif au féminin : passion ou toxicomanie*
Patrick De Neuter *De quelques malaises des hommes aujourd'hui*
Discutants Pascale Gustin, Didier Ledent, Françoise Wolff
- 5 L'IDENTITÉ AU TRAVERS DES VOILES ET DES MÉTAMORPHOSES DU CORPS**
Présidente de séance Martine Coenen
Bernard Dehan *L'identité, ça vous reconstruit*
Karl-Leo Schwering *Vacillement de l'identité et angoisses de l'informe*
Discutants Roland Geeraert, Hassan Samii, Jean-Noël Lavianne, Isabelle Taverna

ADRESSE DU JOUR

Centre Culturel de Woluwe-Saint-Pierre
Avenue Charles Thielemans, 93
1150 Bruxelles

Métro Tomberg ou Montgomery
Tram 39 et 44, bus 36 (arrêt Chien Vert)

FRAIS D'INSCRIPTIONS

Participation à une journée : 60 €/ 70 €* - Etudiants 40 €/ 50 €* * Si paiement après le 31 octobre 2007
Participation aux deux journées : 100 €/ 110 €* - Etudiants 80 €/ 100 €*

A verser sur le compte n° 310-0890129-46 du Centre Chapelle-aux-Champs (IBAN : BE33 3100 8901 2946 – BIC : BBRUBEBB) avec la communication "nom + prénom – 40 ans".

L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QU'APRÈS RÉCEPTION DU PAIEMENT ET DU BULLETIN D'INSCRIPTION.

RENSEIGNEMENTS

Centre Chapelle-aux-Champs – Secrétariat des Formations
Clos Chapelle-aux-Champs, 30 bte 3049 – 1200 Bruxelles
Tél. +32-(0)2-764 39 45 – Fax. +32-(0)2-764 31 30
E-mail : fleur.laloux@apsy.ucl.ac.be

Bulletin d'inscription téléchargeable sur notre site : www.chapelle-aux-champs.ucl.ac.be

■ Séminaire

du Service de psychiatrie

Clinique de l'Europe, Site Saint-Michel

Responsables : Dr D. HERS, Dr L. HEBBORN, M. R. GEERAERT

Le Séminaire du Service de psychiatrie des Cliniques de l'Europe, site Saint-Michel s'articulera autour de questions théorico-cliniques qui viendront faire écho à notre travail et relancer notre réflexion. Il aura lieu le mercredi ou le jeudi, de 13h à 14h30, à la salle de réunion du 3ème étage, 150, rue de Linthout, 1040, Bruxelles. Il est ouvert à toute personne intéressée.

Des sandwiches sont offerts à partir de 12h30, grâce au soutien des firmes Organon, Lundbeck, Wyeth, Janssen, Bristol-Myers Squibb, Astra Zenecca, Lilly et GlaxoSmithKline.

L'accréditation a été demandée pour toutes les séances. Il est spécifié lorsqu'il s'agit d'une accréditation en éthique.

Le parking de la Clinique est accessible gratuitement, entrée rue Charles Degroux.

INFORMATIONS : Gisèle Thyron, 02/737 83 86

Jeudi 18 octobre 2007

« Introduction à la clinique transculturelle »

Dr Danièle Pierre, ethnopsychiatre, Service de Santé Mentale « Centre Chapelle-aux-Champs »

Accréditation en éthique demandée

Jeudi 22 novembre 2007

« J'avais oublié que l'opium transfigure le monde et que sans l'opium, une chambre sinistre reste une chambre sinistre » - Jean Cocteau

Dr Claire Rémy, médecin, psychanalyse SBP, membre fondateur et responsable du « RAT », réseau d'aide aux toxicomane.

Jeudi 20 décembre 2007

« A l'école de l'adolescence »

Professeur Philippe van Meerbeeck, UCL

Accréditation en éthique demandée

Mercredi 16 janvier 2008

« La psychanalyse appliquée en institution »

Mr Jean-Louis Aucremane, psychanalyste, responsable de l'Unité d'hébergement de court séjour au Centre Médical Enaden

Mercredi 20 février 2008

« Un dispositif de soin pour patient alcoolique conçu pour aborder la question du déni »

Dr Philippe De Timary, Unité pluridisciplinaire d'alcoologie clinique, Cliniques Universitaires St-Luc.

Accréditation en éthique demandée

Jeudi 20 mars 2008

« Donner du sens au négatif : psychiatrie et âge avancé »

Dr Gerald Deschietere, psychiatre, Unité de Crise, Cliniques Universitaires St-Luc.

Accréditation en éthique demandée

Jeudi 17 avril 2008

« Les histoires d'une vie : l'identité en devenir »

Mr Christophe Janssen, psychologue, psychothérapeute, chercheur à la faculté de psychologie de l'UCL et membre des CPS en histoires de vie (UCL) et Madame Anne-Laurence Coopman, psychologue, psychothérapeute et membre des CPS en histoires de vie de l'UCL





A paraître en janvier 2008, Mental'**idées** n°12

Dossier

Santé mentale et Enfance

De l'autre côté du miroir