

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

MENTAL'IDÉES
N° 18

Itinéraires : De l'individu au collectif



Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

53, Rue du Président - 1050 Bruxelles

Tél : 02/511 55 43

email : lbfsm@skynet.be

Editeur responsable : Eric Messens - Directeur

Site web : www.lbfsm.be

Service agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

SOMMAIRE ...

Edito _____ Sophie Tortolano	3
La minute(s) Philo _____ Mirella Ghisu	4
Cartes Blanche «Itinéraires : de l'individu au collectif» L'intervention psychosociale destinées aux justiciable : un état des lieux bruxellois _____ Benjamin Thiry	6
MMPP : médiacaliser le chômage pour mieux exclure _____ Frédérique Van Leuven	10
Dossier Autisme aujourd'hui en Belgique. Des concepts aux dispositifs ; aperçus historique et clinique entre obstacles et ouvertures _____ Anne-Christine Frankard	20
La boulimie, à quoi ça sert? _____ Dominique Haarscher	30
De toute façon, c'est Dieu qui décide _____ Anne Debecker	33
D'une traitement psychanalytique de la dépression, Récit clinico-théorique _____ Didier Robin	37
Penser la pratique en réseau à partir de la clinique psychanalytique, Réflexion à partir du séminaire AMC 2006/2010 Thierry Van de Wijngaert _____	48
La Candeur de Gagarine _____ Francis Martens	54
Note de lecture	
Un regard anthropologique sur le quotidien de la psychiatrie Lydwine Verhaegen _____	59
Actualités du secteur Synthèse de la journée FSSMB _____	62
Réaction à l'enquête «Le bien-être des Belges» publié dans le Journal «Le Soir» _____	70

ÉDITO...

Après un été qui nous l'espérons aura été bénéfique pour chacun d'entre vous, la rentrée est à nos portes et avec elle le foisonnement de nos métiers et du monde qui nous entoure, dont le *Mental'idées* se veut un lieu d'expressions.

La Ligue a repris son activité avec le souhait de soutenir la visibilité de son action et de ses membres, de susciter l'intérêt pour les questions de santé mentale et de promulguer des échanges et des créations de savoirs ouverts sur la cité et son tissu humain.

Ce second *Mental'idées* nouvelle formule est particulier. Il propose, en effet, des textes qui nous ont été adressés spontanément sans référence à une thématique. Ils ont néanmoins, et c'est un heureux hasard, une dynamique commune. Ils proposent, chacun à leur manière, une rencontre avec l'humain non réductible à une norme, une étiquette, un paradigme, un circuit de soin, un protocole, une science ou une culture ambiante. C'est un numéro qui empêche de tourner en simplisme, une invitation à penser la complexité en suivant différents itinéraires où individu et collectif sont intimement liés, résistant aux cases où trop souvent nous voudrions les enfermer. Sous la rubrique *carte blanche*, vous découvrirez aussi deux articles rappelant que la santé mentale n'est pas qu'une affaire de psy. Enfin, la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones présente, à nos lecteurs, la synthèse de sa seconde journée d'étude « *Quelles collaborations possibles avec les Services de Santé Mentale* » qui a eu lieu le 14 octobre 2011 à la Maison des Associations Internationales; ainsi qu'un texte écrit en réaction à l'enquête «Le bien-être des Belges» parue dans le journal «Le Soir» en juin 2012.

Notre revue poursuit sa mue. Trois numéros par an paraîtront avec un dossier thématique et d'autres articles proposés par nos membres ou par un auteur ayant développé un propos en lien avec la santé mentale. Le prochain numéro reprendra les contenus d'une journée que nous avons organisée en partenariat avec des professionnels du monde de la Justice préoccupés par *la notion d'intérêt de l'enfant après une séparation parentale*. Vous pourrez, par ailleurs, y découvrir deux nouvelles rubriques. La première, *Portrait*, dressera le portrait d'une personnalité dont le parcours est animé par une volonté de partage d'idées et d'expériences proches des valeurs et principes de notre charte mais capable aussi de décompléter notre regard. La seconde, *Au fil des-mêlées*, sera un espace d'expression et de discussion relatives aux numéros précédents et à l'actualité : prolongements, débats, critiques, contrepoints. Nous attendons avec curiosité et intérêt vos textes et vous invitons à lire ci-après la procédure à suivre en vue d'une publication dans nos prochains numéros.

Toute l'équipe de la Ligue vous souhaite une lecture stimulante, incitatrice à réflexions et discussions et pourquoi par inspiratrice d'un futur texte pour notre revue.

Sophie Tortolano

... La Minute(s) philo ...

Pessoa(S)¹

Je pense donc je ne suis pas.

Qui sommes-nous ? Somme toute c'est une question que beaucoup d'entre nous se posent ou se sont posée. La réponse à celle-ci reste néanmoins complexe. Avons-nous une existence dès qu'il y a matière ou pouvons-nous exister à travers la pensée. Nous dirons qu'il ne peut y avoir de pensée s'il n'y a pas de matière, ces deux éléments étant étroitement liés.

Je me permets cette petite introduction parce que je me situe dans le courant matérialiste et rationaliste. Il n'y a de vie que parce qu'il y a un corps et donc de ce fait, pas de différenciation entre le corps et l'esprit, si bien exprimé par Lucrèce s'inspirant d'Epicure dans « Rerum Natura » mais aussi de Démocrite et bien d'autres à travers les siècles. En effet, c'est déjà dans la Grèce Antique notamment chez ceux appelés communément les présocratiques (mais pour beaucoup contemporains de Socrate) que cette pensée se développe. Ceux que nous appellerons les « Atomistes » et plus tard les « Matérialistes ». Dès lors, en accord et en harmonie avec cette pensée et ces penseurs tout me paraissait clair, **un tout** ou même **un rien** ne pouvaient ébranler mes certitudes. Mais le doute s'immisça. Si Pessoa pouvait être le réceptacle de toutes les pensées possibles, était-il possible que je devienne le réceptacle des siennes ? Si le doute s'est installé, ce n'est pas tant dans ce que je crois être vrai et que je continue à tenir pour vérité, mais dans la possible cohabitation de ces différentes vérités.

C'est pourquoi, si l'on se réfère aux hétéronymes de Pessoa, ne pouvons-nous convenir que ceux-ci ont eu une vie, une vie indépendante, une vie riche, une histoire propre, un passé et un présent voire un futur ? Je crois que nous pouvons répondre par l'affirmative au risque de nous perdre dans les méandres de notre pensée.

Nous pouvons lire avec émerveillement les écrits de quelques uns de ces poètes, comme Alberto Caeiro, Alvaro de Campos, Ricardo Reis, Bernardo Soares... Tout ces auteurs ont eut une vie indépendante et des opinions qui leurs sont propres. Lorsqu'ils se rencontrent, ils s'opposent à maintes reprises et pourtant ils sont plus liés qu'ils ne le pensent.

C'est dans la première moitié du XX siècle que Fernando Pessoa rencontre ces différents personnages, ces différents « Moi ». Aurait-il créé plus de 60 hétéronymes ? Pour ma part, je dirais qu'il les a rencontré ou peut-être

qu'il s'est rencontré plus d'une fois.

En effectuant différents allers-retours entre l'imaginaire et le réel, entre son Moi et ses Moi(s) entre l'œuvre et l'individu, entre la vie et la mort, Pessoa(s) nous transporte dans un monde tellement riche, que nous pauvres cartésiens, ne pourrions plus jamais ignorer.

Aborder son œuvre est une tâche ardue qui ouvre les portes de nos faiblesses, de nos forces, de nos richesses, de nos tristesses, de nos souffrances, qui parfois provoque en nous la souffrance de ne pas souffrir.

Combien d'entre nous traversent leur vie sans jamais se connaître ou mieux sans jamais savoir ce qu'ils ne sont pas ou en d'autres termes sans jamais connaître « la méconnaissance de soi ». Avons-nous déjà rêvé d'être quelqu'un d'autre ? Tout le monde à un moment de son existence y a songé.

Pessoa lui était quelqu'un d'autre et même « **quelques uns d'autres** », sommes-nous conscients comme nous le montre Pessoa avec talent que nous fonctionnons souvent « **aux antipodes de soi** ». Par moment d'ailleurs, il me semble feindre d'être ce que je ne suis pas et feindre d'être ce que je suis.

Pour aborder Pessoa, j'avais décidé de ne traiter qu'un seul de ses hétéronymes ou plus précisément son semi-hétéronyme, Bernardo Soares. Mais là aussi, au fur et à mesure, les choses devenaient moins certaines. Comment faire l'impasse sur ces autres personnages qui nous permettent de pénétrer dans l'univers « Pessoaesque ». J'en dirais donc quelques mots qui ne suffiront pas à les définir mais peut-être apporteront-ils un léger éclairage : **Alvaro de Campos**, ingénieur naval, nihiliste, futuriste et avant-gardiste, **Alberto Caeiro** qui fut le maître de Pessoa mais aussi de tous les hétéronymes, homme solitaire qui ne fit pas d'études, un poète bucolique, **Ricardo Reis**, médecin exilé à cause de ses positions monarchiques et poète matérialiste. José Saramago lui a consacré un roman entier.² Un hommage à Pessoa mais peut-être aussi à son hétéronyme.

Après avoir longuement cogité, j'ai finalement choisi l'option de me concentrer sur Pessoa. Pessoa comme auteur mais peut-être aussi Pessoa comme hétéronyme.

J'aimerais décrire la rencontre qu'il fit avec Bernardo Soares, son semi-hétéronyme, celui qui semble être le plus proche de sa pensée. Ils se rencontrent dans un restaurant, au début Pessoa se contente d'observer ce personnage qui paraît insignifiant. Cette insignifiance ne l'empêche pas de s'y intéresser. Soares est toujours seul et semble avoir ses habitudes. Il dîne peu et fume beaucoup. Il a environ la trentaine, grand, le teint pâle. Il semble soucieux et observateur. Ce côté observateur intrigue Pessoa qui se met également à observer de plus en plus cet individu. A l'issue d'une conversation avec le serveur, il apprend que celui-ci est employé comme comptable dans une petite société commerciale, et ce n'est que lors d'une

¹ Pessoa signifie une personne en portugais

² José Saramago – *L'année de la mort de Ricardo Reis* – Editions Seuil, 1988

rixe, aux abords du restaurant, qu'ils échangent leurs premiers mots. Ils deviennent proches et amis. Pessoa dira : *Toutefois, outre le fait que j'ai toujours vécu sous le couvert d'une personnalité d'emprunt : la sienne et que je l'ai toujours soupçonné de ne pas éprouver pour moi de réelle amitié – j'ai toujours senti qu'il ferait un jour appel à quelqu'un pour lui confier le livre qu'il a en effet laissé... »*

« *Fernando Pessoa en toute rigueur n'existe pas* » c'est ce qu'Alvaro de Campos dira de lui. Et c'est dans ce tourbillon de non-certitudes que je veux vous entraîner mais par respect pour l'auteur(s), je ne me hasarderai à aucun type de vérités.

En relisant son œuvre, je suis frappée par une phrase que j'ai toujours trouvée splendide et d'une grande profondeur, mais récemment, je me suis aperçue que dans cette phrase en question j'avais inconsciemment exclu l'adjectif possessif. Je lis donc : « Me reconforte de tristesse » et là encore et toujours, je trouve cela grandiose, poétique et je me demande : peut-on être reconforté de tristesse ? Je laisserai la réponse en suspens. La phrase exacte est « Me reconforte de **sa** tristesse ». Un changement qui prend tout son sens, ce n'est pas la tristesse qui me reconforte mais bien **sa** tristesse, la sienne, celle de qui ou même de quoi ? C'est là que je décide de garder la phrase imparfaite probablement parce que je crois qu'il aurait pu la dire ou peut-être parce que celle-ci correspond plus à mon état du moment.

Une phrase, une œuvre, un sens, des sens, Pessoa pouvait rester insensible à des larmes mais être touché par un seul adjectif. Monstrueux penseront certains, merveilleux diront d'autres.

Sa vie durant, il mit l'œuvre avant tout. On ne lui connaît qu'une seule histoire d'amour avec Ofélia Queiroz, il la rencontre en 1919 et commence à lui écrire en 1920, il la quittera cette même année (ils se retrouveront brièvement 9 ans plus tard). Les sept lettres que nous pouvons lire nous montre un autre Fernando. Une lettre sera même envoyée à Ofélia par Alvaro de Campos, en voici un extrait ; « *Mademoiselle, Un abject, un misérable individu du nom de Fernando Pessoa, un ami très cher m'a chargé – considérant que son état mental lui interdisait de communiquer quoi que ce soit, même à un petit pois sec {...} de vous communiquer qu'il vous est défendu {...} Pour ma part, et parce que je suis un ami intime et sincère de ce voyou dont je transmets la communication, je conseille de prendre l'image mentale que vous avez pu vous faire de l'individu {...} et de jeter cette image mentale à la poubelle puisqu'il est matériellement impossible d'en faire autant à cet être d'apparence humaine {...}*

Fernando ou Alvaro, lequel de ces deux personnages prend possession de l'autre, lequel libère Ofélia de cet amour difficile et tortueux. Et là encore, dans les lettres adressées à son aimée, il est tantôt romantique, tantôt froid. Ces lettres comportent des reproches, des injonctions, des demandes, des mots d'amour enfantins. Fidèle à son côté pluriel, dans plusieurs de ses lettres, il utilise le tutoiement et probablement dès la rupture ou

l'intention de rupture le vouvoiement. Ofélia continuera malgré tout de lui écrire une année durant sans obtenir de réponse.³

Si l'œuvre est primordiale chez Pessoa, l'individu lui devient secondaire. Dès lors empreint et imprégné de son propre univers, il lui reste peu de place pour une vie sentimentale et peut-être qu'au fond il ne l'a recherchée qu'à travers le texte.

Sachant que peu d'écrits sont publiés sous son nom, nous pouvons nous poser certaines questions. Avait-il un tel souci de l'œuvre qu'il a été capable de s'en déposséder ? A-t-il toujours été possédé par celle-ci ? Ou alors, nous a-t-il tous possédés ? *Mon orgueil est d'une qualité qui pèse bien plus lourd que ces fantômes de l'apparence qu'on appelle les hommes* » F.P.

Pour conclure ou plutôt pour non-conclure, d'une part parce qu'il est difficile voire impossible de mettre un point final à une œuvre qui n'en possède point, d'autre part parce que cette minute(s) philo pourrait devenir une heure(s), un mois(s), une année(s) voire toute une vie(s).

Pessoa disait « *Accomplir nous vieillit* » ; il se sentait jeune parce que disait-il il n'avait rien accompli. Il nous dit ne jamais n'avoir jamais choisi de profession, n'avoir jamais eu de vie de famille, n'avoir jamais eu d'opinions politiques aussi parce que celles-ci pouvaient changer la minute suivante. C'est là que je pense qu'il se trompe au vu de cette œuvre immense qu'il nous laisse et que pour ma part je ne me lasserai jamais de lire. En regard de cet héritage il me semble qu'il a accompli sa tâche poétique. Par ailleurs, je suis convaincue que son existence **réelle** n'aurait probablement pas été possible sans ce monde invisible.

« *Si on me dit qu'il est absurde de parler ainsi de quelqu'un qui n'a jamais existé, je réponds que je n'ai aucune preuve de ce que Lisbonne ait existé elle aussi, ou moi qui écris, ou n'importe quoi d'autre, n'importe où ?* » Fernando Pessoa

Mirella Ghisu

CARTES BLANCHES...

L'intervention psychosociale destinée aux justiciables : un état des lieux bruxellois

Benjamin Thiry

Docteur en psychologie

Co-animateur du groupe de travail « Pratiques cliniques avec les justiciables » de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

L'état de crise économique décrété internationalement a des conséquences sur les dépenses du gouvernement belge. La Justice n'échappe pas aux restrictions budgétaires qui ont été décidées par la Ministre de la Justice Annemie Turtelboom concernant le personnel de son administration. La réaction à ces restrictions fut immédiate : indignation des magistrats, mouvements de contestations des avocats, grèves et manifestations des agents pénitentiaires, des assistants de justice, des psychologues, des assistants sociaux des prisons, etc. Alors que la surpopulation des prisons s'aggrave et que le système judiciaire ne parvient plus à répondre adéquatement aux enjeux sociaux, la diminution des moyens alloués aux acteurs de la Justice est apparue comme un paradoxe incompréhensible. La crise généralisée de la Justice est particulièrement d'actualité non seulement au niveau financier mais également au niveau du *sens* des politiques mises en œuvre. Le présent texte souhaite insister sur les effets qu'ont ces changements sur l'intervention psychosociale destinée aux justiciables, c'est-à-dire aux hommes et aux femmes qui sont confrontés (comme auteurs ou victimes) au système judiciaire. Pour mieux comprendre ces enjeux, nous proposons un historique de l'aide aux personnes incarcérées, plus particulièrement bruxellois. Il s'agit d'un sujet complexe car il se situe à la jonction de deux logiques différentes, celle de la *justice* et celle de la *santé* (mentale).

Commençons donc notre récit à la naissance de la Belgique car, dès 1830, Edouard Ducpétiaux – de formation juridique – est nommé inspecteur général des prisons mais également des établissements de bienfaisance. Ducpétiaux, qui avait échappé à une condamnation à mort par le gouvernement des Pays-Bas, plaida pour que les prisons favorisassent l'amendement et la réinsertion des détenus afin qu'ils devinssent utiles à la collectivité. Il s'opposa à la peine de mort et proposa

des mesures pour améliorer les conditions de vie des ouvriers de la jeune Belgique. Il est à l'origine des *comités de patronage* qui visaient à fournir aux jeunes marginaux une supervision professionnelle de bonne qualité morale. Concrètement, il s'agissait de patrons d'entreprise suffisamment philanthropes pour prendre sous leur aile un jeune désœuvré à la moralité douteuse afin d'en faire un travailleur efficace. Cependant, ces patrons philanthropes furent bien rares. A peine créés en 1835, les comités de patronages disparurent les uns après les autres. « Les deux derniers, ceux d'Anvers et de Gand, disparurent au mois d'octobre 1870. Après trente-cinq années d'efforts, l'œuvre s'est éteinte sans avoir à aucune époque donné des preuves sérieuses de vitalité » (Stevens, 1891, p. 32). Stevens (1891, p. 37) précisait ceci : « [...] le personnel des anciennes prisons, pendant trop longtemps, n'a vu dans la peine qu'un moyen de punition abandonnant le but de l'amendement des coupables aux douces illusions des philanthropes. Imbu de ces idées, il ne devait offrir à l'œuvre du patronage ni un auxiliaire utile ni un prôneur enthousiaste ». Le problème de la récidive des détenus libérés resta donc entier puisqu'elle était estimée à 63% pour les maisons centrales accueillant des condamnés à de longues peines (Stevens, 1891, p. 44). La loi sur la libération conditionnelle de 1888 redonna une deuxième vie aux comités de patronage car cette loi permit « le tri des condamnés en diverses catégories dont celle des individus aptes à préparer leur libération définitive, moyennant un soutien et une surveillance indispensables à la sortie » (Mary, 1991, p. 15). Il s'agissait dès lors de faire la distinction entre les délinquants foncièrement immoraux et les pauvres malheureux victimes de la misère sociale. « La nécessité de séparer le vice de la misère apparaît dès le premier âge. Il y a des enfants mauvais et des enfants malheureux » (Prins, 1886, p. 69). Deux mesures sont ainsi proposées pour éradiquer la délinquance : maintenir les *immoraux en prison* et *éduquer les pauvres*. Cette charge d'éducation fut confiée aux comités de patronage qui renaquirent de leurs cendres et furent coordonnés par la Commission royale des patronages instituée en 1894. Cette éducation de la part de bénévoles philanthropes s'accompagnait d'une surveillance étroite visant à empêcher la récidive. Celle-ci intrigua d'ailleurs une profession libérale qui se revendiquait de la science : la médecine. En effet, comment expliquer médicalement

l'immoralité de certaines personnes ? C'est notamment pour tenter de répondre à cette question que le Ministre de la Justice Jules Renkin autorisa la création d'un premier *laboratoire anthropologique* à la prison des Minimes en 1907 (déplacé à celle de Forest en 1910) dont le responsable était le docteur Louis Vervaeck. Le médecin anthropologue mesura les détenus de la prison, créa des indices constitutionnels, rechercha les signes physiques de la dégénérescence et rendait compte de ses observations au directeur de la prison. Les premiers résultats semblèrent intéressants car d'autres laboratoires furent placés dans les prisons dès 1920 suite à la création du *Service d'Anthropologie Pénitentiaire*. Subrepticement, la médecine s'empara d'un nouveau champ de compétence qui était antérieurement dévolu aux juristes. Pour asseoir leur légitimité, ils apportèrent des études scientifiques semblant mettre en évidence des *causes physiologiques* à l'immoralité : « La proportion des anormaux parmi les condamnés, surtout chez les récidivistes, est relativement élevée. Une estimation très prudente permet de l'évaluer au minimum à 25% ; peut-être atteindrait-on la proportion de 50% et même au-delà, si l'on y comprenait tous les irréguliers mentaux » (Vervaeck, 1921, p. 362). Les travaux des premiers médecins anthropologues alimentèrent les réflexions politiques du début du vingtième siècle sur la délinquance qui aboutirent à la création d'une *loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude* en 1930. En gros, celle-ci stipule que certains délinquants (les internés) échappent à la logique pénale traditionnelle et doivent recevoir un *traitement médical* adapté. Les comités de patronage furent chargés d'assurer la tutelle sociale des internés et pouvaient dès lors rendre des comptes à la Commission de Défense Sociale, seule compétente pour ordonner les libérations des internés anormaux. Issu de la logique des patronages et de l'aide aux vagabonds, le premier *office de réadaptation sociale* naquit à Bruxelles en 1922 et fit appel à des travailleurs sociaux professionnels. En 1930, quatre *auxiliaires sociaux* furent engagés dans les laboratoires anthropologiques des prisons. Ces auxiliaires réalisaient les *enquêtes sociales* des détenus et étaient des agents de liaison entre la direction de la prison, le laboratoire anthropologique et les comités de patronage. Au sein du ministère de la Justice, à côté du Service d'Anthropologie Pénitentiaire fut créé en 1937 le *service social central*. Dès 1951, les assistants sociaux de ce service effectuaient également des *enquêtes de personnalité* à la demande des autorités judiciaires afin de mettre en évidence les « facteurs psychologiques ou sociaux du délit » (Pilet, 1991, p. 200) avant le jugement. Ces enquêtes permettaient ainsi aux magistrats d'*individualiser la sanction pénale* et de placer le justiciable en *probation* dès 1964. Des partenariats entre certaines *universités* et l'*administration pénitentiaire* émergèrent : le Centre d'Anthropologie Pénitentiaire (CAP) avec Etienne De Greeff (Université de Leuven) et le Centre d'Orientation Pénitentiaire (COP) avec Jean-Pierre De Waele (Vrije Universiteit van Brussel) développèrent une méthodologie clinique des délinquants autour des

concepts de *criminogénèse* et d'*histoire de vie*. Cette approche clinique approfondie des délinquants reconnus problématique fut développée par la création d'Unités d'Orientation et de Traitement dans les grandes prisons belges en 1971. Ces unités, relativement indépendantes du service social, étaient composées d'assistants sociaux, de psychologues, de psychiatres et de criminologues. Leur ambition était plus *scientifique* que politique car les universités s'intéressaient aux processus psychiques et sociaux sous-tendant la délinquance.

En 1972, certains assistants sociaux du service social limitèrent leurs interventions à une seule prison et furent donc qualifiés d'*internes*, à côté de ceux qui s'occupaient aussi des justiciables libérés. Ces assistants sociaux internes accueillèrent les entrants, offraient une assistance psychosociale, élaboraient des plans de reclassement, coordonnaient les interventions sociales notamment avec les organismes extérieurs et rédigeaient des rapports sociaux (Pilet, 1991, p. 203).

D'un point de vue idéologique, les années septante apportèrent une *vague critique* voire pessimiste sur l'intervention psychosociale en prison. En France, Foucault (1975) assimile les intervenants psychosociaux et médicaux à des agents de contrôle complices d'un système totalitaire. En Amérique du Nord, une évaluation de l'efficacité des différents programmes de réinsertion sociale mena à un constat décevant, résumé par la formule « nothing works » (Lipton, Martinson et Wilks, 1975). S'ensuivit une diminution de l'intérêt scientifique pour le domaine carcéral.

Les réformes de l'Etat belge en 1980 et 1988 apportèrent un changement majeur dans la prise en charge psychosociale des justiciables car les services d'*aide sociale (post-) pénitentiaire* furent attribués aux Communautés alors que l'*exécution des décisions pénales* resta dans le giron de l'état fédéral. Ce transfert partiel de compétences à un autre niveau de pouvoir ne fut nullement aisé, tant aux niveaux pratiques, symboliques et financiers. Rendre incompatibles l'aide sociale et l'exécution des décisions judiciaires alla à l'encontre d'une tradition centenaire, induisit un inconfort auprès des intervenants et provoqua des incertitudes quant à l'allocation de budgets. Plusieurs années furent nécessaires pour préciser (tant faire se put) les rôles de chacun. A côté des organismes de réinsertion sociale héritiers des comités de patronage naquirent en 1990 les *services d'aide sociale aux justiciables*. Notons qu'en 1987, une violente émeute à la prison de Saint-Gilles détruisit le Centre d'Orientation Pénitentiaire.

Dans les années nonante, plusieurs affaires médiatiques marquèrent l'opinion publique et remirent en question le processus de libération conditionnelle. Sur quelles bases le Ministre de la Justice décidait-il de libérer conditionnellement tel ou tel détenu ? L'affaire Dutroux induisit une réforme fondamentale du fonctionnement de la Justice et de la police et mit en avant un type de délinquance, la *délinquance sexuelle*. C'est dans ce

contexte qu'en 1998, le service social interne des prisons et les Unités d'Orientation et de Traitement fusionnèrent pour créer le *service psychosocial* (SPS) chargé d'effectuer des évaluations pour chaque condamné admissible à la libération conditionnelle. Le motif était de diminuer le risque de libérer les détenus encore dangereux. Cette fusion des deux services internes aux prisons eut pour effet de les éloigner de leur sœur cadette, le service de probation, qui veillait à l'exécution des peines pour les personnes libérées. En 1999, ce service fit l'objet d'une restructuration importante et devint la *Direction Générale des Maisons de Justice*.

Les délinquants dits sexuels firent l'objet d'une attention particulière et des accords de coopération furent rédigés entre la Justice et la Santé pour qu'ils soient pris en charge sur le plan thérapeutique. Naquirent ainsi en 1998 les *Equipes de Santé Spécialisées* (c'est-à-dire des Services de Santé Mentale qui marquèrent un intérêt pour cette pratique) et trois *centres d'appui* chargés de coordonner ces soins sous contrainte judiciaire.

Le 12 janvier 2005, la *loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus* (dite *loi de principes*) est adoptée pour sortir les individus incarcérés de l'insécurité juridique. En cohérence avec cette loi qui stipule l'incompatibilité entre les missions de *soin* et d'*expertise*, le *Service de Soins de Santé Pénitentiaire* (SSSP) fut créé pour la prise en charge thérapeutique des internés en 2007.

Aujourd'hui, cinq familles d'intervenants psychosociaux prennent donc en charge les justiciables : (a) ceux du *service psychosocial* des prisons qui rédigent des *avis* relatifs à une libération anticipée, (b) ceux des *Maisons de Justice* qui rédigent des *avis* relatifs au déroulement de ces libérations, (c) ceux du *service de soins de santé pénitentiaire* en défense sociale qui assurent le *traitement* des internés, (d) ceux des *services d'aide aux justiciables* qui prodiguent un *accompagnement* indépendant du judiciaire et (e) ceux des *organismes de soins* tels que les services de santé mentale et les hôpitaux psychiatriques qui prodiguent des soins également indépendants du judiciaire. Les trois premières familles dépendent de la Justice (et donc du gouvernement fédéral) et les deux dernières dépendent des Communautés.

Cet historique, somme toute assez complexe, est essentiel pour comprendre les enjeux actuels de la prise en charge des justiciables. Comme on peut le constater, des arguments politiques et juridiques motivèrent des scissions successives : des comités de patronages originels nous trouvons aujourd'hui plusieurs services globalement indépendants les uns des autres mais invités à collaborer dans le respect de leurs mandats respectifs. On s'en doute, la collaboration idéale est un vœu pieu malgré l'énergie développée par chaque intervenant à son niveau. Bon gré mal gré, ce système de prise en charge sous forme de réseau présentait une certaine stabilité ces dernières années. Cette année 2012 est

toutefois porteuse de plusieurs changements éventuels qui provoquent la réaction des intervenants judiciaires et de l'aide aux justiciables. Pour limiter la question au domaine psychosocial, voici les changements annoncés officiellement.

Au niveau des Maisons de Justice, le projet serait de les transférer aux Communautés. Les assistants de justice ont exprimé leur crainte d'un tel transfert qui rappelle celui des années 80.

Au niveau des services psychosociaux des prisons, une réduction du personnel est annoncée alors qu'ils souffrent déjà d'un manque à ce niveau. La diminution des effectifs fut à l'origine de grèves au mois de juin 2012.

Au niveau des services d'aide aux justiciables bruxellois, le travail est rendu ardu voire impossible depuis que les syndicats de la prison de Forest leur refusent de rencontrer les détenus et que la prison de Saint-Gilles est régulièrement en grève. Notons que ces deux prisons souhaitent exprimer leur propre mécontentement vis-à-vis de la surpopulation continue en leurs murs.

Le sort que le personnel pénitentiaire (interne) réserve aux intervenants dits extérieurs mérite réflexion. En effet, ces intervenants, au-delà de la détresse des agents pénitentiaires, y entendent un message de rejet voire une remise en question de leur utilité qui rappelle étrangement un constat fait par Stevens en... 1870. La situation actuelle ne fait qu'exacerber l'inconfort dans lequel ces intervenants travaillaient déjà précédemment : locaux d'entretiens exigus (voire absents), pas de matériel informatique, stress dû au cadre de travail, etc. Le contexte sécuritaire est la priorité des maisons d'arrêt, reléguant implicitement l'aide sociale à une option facultative. Force est de constater que l'équilibre qu'une prison doit instaurer entre la *sécurité* et l'*aide* aux détenus est très difficile à trouver et encore plus à maintenir.

Quelle est donc le caillou constant dans la chaussure du travail psychosocial avec les justiciables ? Les responsables de l'aide sont-ils voués au mépris éternel ? Ce mépris ne serait-il pas susceptible d'induire chez eux une certaine amertume ? A cela vient s'ajouter la frilosité de certains services de santé mentale ou de certaines structures psychiatriques à accepter d'anciens détenus comme si ces derniers échappaient à leur offre thérapeutique. La réforme actuelle de la santé mentale dans le cadre du projet 107 mobilise de nombreux acteurs mais ni Jacob et Lucassen (2011) ni la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxelloise Francophone (2012) n'évoquent les intervenants de l'aide sociale aux justiciables, les membres des SPS et des Maisons de Justice dans leur présentation du projet. Bien qu'il existe probablement des raisons politiques à ce silence, la réalité de terrain serait celle d'un réseau psychosocial parallèle, indépendant de la réforme présentée comme globale. La belle indifférence des réseaux de soins vis-à-vis des problématiques en lien avec la délinquance est donc encore d'actualité, d'une manière ou d'une autre. Cela est évidemment loin d'être une généralité. En effet, il existe, dans les faits, de nombreuses collaborations entre le réseau « justice » et le

réseau de soins. Ils mériteraient toutefois d'être abordés plus clairement. Il y a effectivement matière à de nombreux débats autour des notions du secret professionnel et de la définition élargie ou restreinte du réseau psychosocial. A ce titre, Nouwynck (2012, p. 641) précise que « l'articulation entre les interventions judiciaires et psychosociales doit se construire sur la reconnaissance réciproque d'objectifs et de modes d'intervention légitimes dans leurs différences. » Le domaine de l'aide à la jeunesse a évolué plus rapidement que celui de l'aide pour le délinquant adulte. Aujourd'hui, dans certaines situations, le juge de la jeunesse – bien qu'il fasse partie du monde judiciaire – s'avère être un intervenant central dans les prises en charge d'un mineur en difficulté. Dans bien des cas, la Justice n'occupe plus une fonction de pure vindicte mais souhaite trouver des solutions qui arrangent les différentes parties (auteurs, victime, société). Il est probable que la fonction judiciaire connaisse des changements significatifs : le développement de la justice de paix en est un exemple frappant. Les juges de paix tentent de trouver des compromis lorsque des différends surviennent entre des citoyens. Ils sont dépositaires d'une autorité judiciaire mais recourent à une méthode s'inspirant de la médiation. La reconfiguration progressive de cette fonction judiciaire aura certainement un impact indirect sur la manière de concevoir le soin en santé mentale. Il apparaît dès lors essentiel de maintenir un dialogue entre ces deux secteurs afin que le discours social adressé au citoyen garde une certaine cohérence.

Références :

Foucault M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard.

Fédération des services de santé mentale bruxellois (2012). Les services de santé mentale bruxellois francophones et la réforme des soins en santé mentale. *Mental'idées*, 17, 83-97.

Jacob B. et Lucassen C. (2011). Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. *Vie sociale et traitements*, 112, 48-54.

Lipton D., Martinson R. et Wilks J. (1975). The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies. Praeger Pub. New York.

Mary P., *L'aide sociale aux justiciables : aspects criminologiques, sociaux et juridiques*, Bruylant, Bruxelles, 1991

Nouwynck L. (2012). La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire – cadre modifié, principe conforté. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 589-641.

Pilet M., Le service social pénitentiaire et de probation. In Mary P., *L'aide sociale aux justiciables : aspects criminologiques, sociaux et juridiques*, Bruylant, Bruxelles, 1991.

Stevens (1891). Le patronage des condamnés adultes et des jeunes libérés : suivi d'un projet de statuts. Éditeur : O. Schepens (Bruxelles). <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb314066578>

Vervaeck L. (1921). La conception anthropologique du traitement des condamnés. Les réformes du système pénitentiaire qu'elle entraîne. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, p. 362.

Benjamin Thiry

MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure

Frédérique Van Leuven, psychiatre

« De tout ce que j'ai retenu des découvertes freudiennes, l'une des plus fécondes est bien que rien n'est plus chargé de sens que les phénomènes de censure ou d'oubli. » Lucien Bonnafé

« L'oubli de l'oubli à la manière perverse conduit à la destruction brutale et fasciste mais aussi d'une façon douce qui risque d'endormir nos sens et notre intelligence ». Max Lafont.

Psychiatre de profession, c'est avec incrédulité que j'ai découvert, en lisant « Le Soir »¹, que le Forem avait identifié une nouvelle catégorie de chômeurs, les « MMPP », personnes présentant des problèmes de nature médicale, mentale, psychique ou psychiatrique. Cette catégorisation des demandeurs d'emploi en quatre niveaux (des plus qualifiés à ceux considérés comme irrécupérables pour l'emploi) s'inscrirait dans le cadre de la réforme du Forem. Les personnes dites « MMPP » étant « les plus éloignées de l'emploi », le Forem s'apprêterait, sur cette base, à les renvoyer vers d'autres opérateurs, notamment les CPAS et les Services de Santé Mentale².

En tant que professionnelle de la santé mentale, je suis directement touchée par une telle catégorisation. Faut-il préciser que notre secteur n'a jamais été consulté à ce sujet ? En cherchant à en savoir plus sur les enjeux de cette classification, peu documentée jusqu'à présent, puisque le décret est toujours en préparation, j'ai cru comprendre que ces personnes auraient le choix de se soigner pendant deux ans en voyant leurs contraintes allégées. J'ai aussi découvert que « l'arbeidszorg », le « soin par le travail », était déjà pratiqué en Belgique, puisqu'il l'est en Flandre. Il s'agit de soigner de tels chômeurs par un travail encadré, sur base volontaire... et non rémunéré. De mon point de vue, je voudrais éclairer quelques enjeux que comportent de telles décisions politiques.

Un problème de définition

« il suffit de quelques décrets

1 Le Forem veut trier ses chômeurs, Martine Vandemeulebroucke et Pascal Lorent, « Le Soir », 11 janvier 2011

2 Les « Services de Santé Mentale », parfois dénommés « Centres de Guidance » et « Centres de Santé Mentale » sont des structures ambulatoires pluridisciplinaires qui assurent l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. Ils bénéficient de subventions allouées par le Gouvernement et leur fonctionnement est régi par décret.

pour changer la nature des choses

et le sens du vocabulaire

une petite manipulation et vous voilà » - Bernard Noël³

La sémantique « MMPP » est dangereusement floue. Son imprécision saute aux yeux. Qu'est-ce qu'un « problème » ? Nous avons tous des problèmes. Dans sa définition la plus courante, un problème, c'est une situation dans laquelle un obstacle empêche de progresser, ou de réaliser ce que l'on voulait faire. Le chômage, c'est déjà à lui seul un problème considérable... Sur quelles bases différencier un problème médical d'un problème mental, un problème psychique d'un problème psychiatrique ? Nous avons tous à faire un jour ou l'autre avec la maladie, c'est pourquoi nous voyons des médecins. Nous avons tous des problèmes psychiques, étant confrontés à nos désirs, à l'amour et à la mort, et cela fait partie de notre condition humaine d'affronter la peur et la frustration. Les termes « psychique » ou « mental » sont utilisés indifféremment⁴, seule leur étymologie diffère : grecque pour « psychique », latine pour « mental ». Quant aux « problèmes psychiatriques », que les professionnels nomment « troubles psychiatriques », ou « maladies mentales », leur diversité est immense, et ils sont loin d'entraîner systématiquement une incapacité à travailler. Je reviendrai par après sur la définition de la santé, et sur les liaisons dangereuses qui unissent les notions de santé et de travail. Par contre, il est étonnant que l'on ne nomme pas, dans la catégorisation « MMPP » les « problèmes sociaux » qui sont pourtant les plus dévastateurs pour la santé, et qui entravent considérablement l'accès à l'emploi. Les travailleurs en Service de Santé Mentale savent bien à quel point la problématique sociale est très souvent prioritaire au soin psychique. Il suffit de penser aux conséquences pour une personne de se retrouver SDF : cette situation, à elle seule, empêche non seulement l'accès au travail, mais elle entraîne aussi des problèmes psychiatriques graves⁵, autant que des

3 Bernard Noël, « L'obscur tournant », dans « L'outrage aux mots », P.O.L. 2011.

4 **Psychique** : du grec *psukhikos* : qui concerne l'esprit, l'activité mentale, les facultés mentales. **Mental** : du latin *mentalis*, qui a rapport à l'esprit. (Grand Larousse de la Langue Française). On peut parler de « douleur mentale » ou de « douleur psychique » quand on se trouve confronté à une séparation, au deuil, à l'angoisse, ce qui n'est pas exceptionnel. On parle de « retard mental » et de « déficience mentale » pour qualifier des écarts par rapport à l'intelligence dite normale.

5 Jean Furtos, « De la précarité à l'auto-exclusion », Ed. Rue d'Ulm, 2009.

problèmes médicaux et de la douleur mentale. La définition « MMPP » serait simplement absurde, si elle ne révélait d'emblée son enjeu : par une décision politique, priver des personnes de leurs droits, sur base d'une catégorisation floue et subjective.

De la stigmatisation à l'exclusion

« **Stigmate** : marque au fer rouge, flétrissure, marque d'infamie. ... Indice corporel, trace visible qui révèlent chez un individu un état antérieur ou présent considéré comme dégradant, ou du moins dévalorisant ». (Grand Larousse de la Langue Française)

La stigmatisation a pour effet de transformer l'identité d'une personne en la réduisant au signe dont elle est porteuse, signe honteux qui la place en marge de la société des humains. Le chômeur, surtout par temps de crise, n'est que trop souvent perçu comme un paresseux abusant du système. Que le Forem le souhaite ou non, la catégorisation « MMPP » est encore plus stigmatisante. Par sa dénomination d'abord, quatre initiales pour faire un sigle qui figurera dans les dossiers administratifs des personnes et qui les suivra, les désignant désormais comme « problématiques », alors que c'est une catégorie créée de toutes parts ; mais également par la place réservée à cette catégorie 4, « la plus éloignée de l'emploi ». Les dits « MMPP » sont les mauvais élèves du Forem, auxquels il faudra proposer une sérieuse remédiation. On pense à la « constante macabre »⁶ qui a pour effet de renforcer les mécanismes d'exclusion dans le système scolaire – doublée ici d'une étiquette pathologique – et l'on peut se demander quel est le pourcentage attendu de personnes catégorisées « MMPP » pour alléger le travail des référents du Forem.

Il y a des précédents quant à cette forme de stigmatisation dans la politique de l'emploi : des travaux ont déjà été effectués sur les dénommés « articles 60 »⁷. Ils permettent de mieux comprendre les effets que cela peut avoir sur une personne et dans un groupe, et les répercussions graves sur leur santé mentale. Dans son article « *Un travail qui fait mal* »⁸, Cécile Rugira cite des témoignages de travailleurs immigrés avec beaucoup de finesse : « *Je suis le « black »* »

6 Le terme **constante macabre** a été inventé par André Antibi professeur d'université, dans un livre éponyme paru en 2003. « Par « Constante macabre », j'entends qu'inconsciemment les enseignants s'arrangent toujours, sous la pression de la société, pour mettre un certain pourcentage de mauvaises notes. Ce pourcentage est la constante macabre. »

7 Le contrat de travail « Article 60§7 » est un contrat de travail à durée déterminée qui permet à des personnes sans protection sociale d'accéder aux allocations de chômage à la fin du contrat. Il est rémunéré, dans la majorité des cas, au tarif du salaire minimum garanti (« échelle barémique E »). Le contenu du travail est celui qui ne demande aucune qualification : jardinage, tri de déchet, repassage...

8 Cécile Rugira, « Un travail qui fait mal - trajectoires de souffrances chez les immigrés subsahariens universitaires en contrat de travail « Article 60 § 7 », <http://www.uclouvain.be/formation-continue-mentale>

pour toute l'équipe et pourtant je me suis présenté dès mon arrivée, le chef des travaux, lui, m'appelle « l'article 60 »... Je suis devenu personne, en fait... Avant, j'étais « Monsieur le Professeur »... maintenant je ne suis même plus un monsieur... Je suis devenu juste « un article » (l., docteur en psychologie d'une université française, travailleur dans un centre de tri de déchets). Ou encore : « Tu sais autre chose... Je fais le même travail que les employés de la commune, mais je touche moins qu'eux. Non seulement je suis le plus diplômé et le plus âgé parmi mes collègues, mais mon salaire est inférieur... Ce n'est pas de l'exploitation, ça ? C'est très injuste, je trouve... Si on me met à la disposition de la commune, ce serait plus juste si c'était la commune qui me rémunérait, ainsi il n'y aurait plus de différence entre eux et moi... ça fait mal au cœur... mais bon... » (D., docteur en médecine ex-URSS, ramasseur de déchets ménagers). « Qu'avons-nous en commun... Les articles 60, ça circule... Eux aussi n'ont pas envie de s'attacher à un collègue de passage... Dans 4 mois j'aurai fini et un autre article 60 va me remplacer... » (D.). Et enfin : « Je n'ai plus d'amour propre, plus d'ego, tu vois... je suis anéanti... comment puis-je voir le désir dans cet état ?... Le désir, c'est un luxe, tu sais » (l.).

On entend bien à quel point l'identité elle-même est abîmée profondément : la personne est réduite à une étiquette par laquelle on la désigne, mais elle est aussi atteinte par l'inégalité de traitement et par un statut qui la met à part du groupe, qui empêche toute affiliation à un projet collectif.

Le paradoxe est qu'un organisme supposé réinsérer des personnes en arrive, par ses méthodes, à créer de la souffrance, voire de la pathologie. « Tout travail mérite salaire » : faire travailler des personnes désignées « MMPP » sans rémunération pour qu'elles conservent une allocation, comme c'est le cas dans l'arbeidszorg, cela n'est pas leur reconnaître une valeur – c'est leur donner une aumône, et encore, sous conditions.

La stigmatisation particulière des malades mentaux/

« *La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité qui relève du monde des biens portants comme de celui des malades. Et bien que nous préférons tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée* » Susan Sontag⁹

Si la maladie physique est en général bien acceptée, la maladie mentale, par contre, se prête tout particulièrement aux effets de stigmatisation. Les malades mentaux n'ont pas toujours été très bien traités, et l'histoire n'est pas

9 Citée par Lydwine Verhaegen, dans « Les psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance? », Perspective sur l'Homme5, Cabay/LLN

finie... Certains faits doivent être rappelés pour mieux comprendre les enjeux de la catégorisation « MMPP ».

Michel Foucault a mis en lumière les traitements particuliers que la société a infligés à des groupes se situant en marge de la société : les fous, les prisonniers, les étrangers, les enfants... et les pauvres. Dans « Histoire de la folie à l'âge classique »¹⁰, il nous donne un repère : c'est la fondation en France par un décret, en 1656, d'un hôpital général, qui servira de lieu d'internement pour les fous et pour les pauvres. Le lieu sera à la fois vecteur de répression et de charité. Tout au long du XVIII^{ème} siècle, « *le fou sera interné de manière indifférenciée avec ceux qui ne travaillent pas ou ne sont pas aptes à travailler. L'internement se définit par rapport à une valeur éthique, LE TRAVAIL, dans un contexte particulier, celui d'une crise économique. ... L'hôpital général procède de la norme du travail et se fait l'instrument d'une restructuration de l'espace social autour des disjonctions producteurs/chômeurs, résidents/errants* »¹¹. La confusion entre maladie et pauvreté est flagrante, et comme l'affirme Foucault, on constate bien que « *ce que l'on observe dans les marges se construit au centre* » : dans les décisions politiques.

Il est nécessaire aussi de rappeler que dans l'un des épisodes les plus sombres de l'histoire, sous le régime nazi, les malades mentaux ont fait, eux aussi, l'objet d'une extermination massive sous couvert d'euthanasie, là aussi parce qu'ils étaient considérés comme impropres à la production. « *Par une propagande assidue, était préparée l'acceptation par le peuple des idées nouvelles : après avoir discrédité les notions de charité et d'humanité, on prenait soin de montrer sous l'aspect le plus sombre la maladie que l'on présentait comme source de tous les maux du peuple allemand* »¹² Ainsi, le film « *Palais pour les aliénés et taudis pour les ouvriers* » conclut que les malades mentaux sont incurables, improductifs, et ralentissent l'économie. En même temps et plus subtilement, en France, 40 000 malades mentaux sont morts de faim dans les asiles. Symboliquement, établir une catégorie de chômeurs « malades » ne procéderait-il pas de la même dérive ? Le psychiatre Christophe Dejours¹³ a démontré comment les mécanismes qui ont mené à l'extermination se reproduisent à l'identique, non pas quantitativement, mais bien qualitativement dans la guerre contemporaine qui nous occupe : la guerre économique.

Les structures asilaires du XX^{ème} siècle ont accueilli

10 Michel Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique », paru en 1961 (Poche)

11 Lydwin Verhaegen, « *Les Psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance ?* », Perspectives sur l'Homme 5, Cabay/LLN.

12 Max Lafont; « L'extermination douce - la mort de 40000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy, Ed. L'AREFPPI, 1987

13 Christophe Dejours, « *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale* ». Essai (poche), 2009.

nombre de personnes relevant plus de l'assistance que du soin – c'est parfois encore le cas. L'Etat a voulu remédier à cette situation en développant les soins en ambulatoire et réserver les hôpitaux aux seuls « vrais » malades – tout en s'inscrivant dans le mouvement de désaliénation initié dans les années 60, notamment par Franco Basaglia. Hélas, la réalité va à l'encontre de ces objectifs bienveillants : à présent, c'est aux malades mentaux eux-mêmes, à leur famille ou au CPAS d'assumer financièrement les soins quand la maladie est chronique, ce qui crée une inégalité d'accès aux soins. Ensuite, on observe en Europe, notamment en Italie et en Suisse, que là où ont fermé les hôpitaux, le nombre de places en Institut de Défense Sociale (les hôpitaux-prisons) a considérablement augmenté – sans compter le nombre de malades mentaux qui résident en prison, sans recevoir de soins adéquats. La montée actuelle de la politique sécuritaire¹⁴ accentuera encore cette problématique dans les années qui viennent : être malade mental et pauvre reste sans doute la situation la plus à risque dans notre société.

En effet, les troubles psychiatriques font encore l'objet d'une forte stigmatisation. On reconnaît plus volontiers aller voir un généraliste qu'un psychiatre, et de nombreux malades mentaux refusent de se rendre chez ce dernier. Consulter un psychiatre peut être perçu négativement par un employeur, voire bloquer des possibilités d'avancement. Récemment, par exemple, j'ai reçu à l'hôpital un homme hospitalisé sous contrainte à la demande du Procureur du Roi : il s'était enfui d'un service d'urgences. Cet homme était en effet très confus mentalement. Etonnée par le fait qu'il n'ait aucun antécédent psychiatrique, j'ai enquêté auprès de sa compagne, qui s'est souvenue qu'il prenait depuis quelques jours un nouveau médicament pour traiter une affection de la peau. La confusion mentale est un effet secondaire rare – mais pourtant répertorié - de ce médicament. Nous avons pu intercepter in extremis un certificat psychiatrique qui aurait mis fin à la promotion qu'il était en train d'obtenir dans une firme où l'on n'aurait pas pris le risque de confier des responsabilités à un supposé malade mental – et c'est une étiquette qui colle.

La maladie mentale fait encore l'objet de tabous puissants et de représentations erronées dans le grand public. Il est fréquent, par exemple, d'assimiler folie et criminalité, alors que les personnes malades mentales sont beaucoup plus souvent *victimes* de violences que la population générale (11,8 fois plus souvent victimes de crimes, 140 fois plus souvent victimes de vols)¹⁵. On entend encore souvent dire que la dépression ou l'alcoolisme « pourraient s'arranger, avec un peu de volonté ». La maladie mentale pourrait bien faire

14 Voir le site français <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>

15 « *Aucune étude n'a prouvé scientifiquement que les malades mentaux seraient plus dangereux que la population générale. Mais il est démontré qu'ils sont les premières victimes des faits de violence, à cause de la stigmatisation dont ils font l'objet* ». Cécile Prieur, « La régression sécuritaire », Le Monde, 5/12/2008.

l'objet de ces tabous parce qu'elle nous fait bien plus peur que la maladie du corps : elle nous touche au plus profond de notre humanité, dans la question de notre libre arbitre et de notre identité. Et nous sommes bien plus fragiles que nous ne le pensons.

Une des grandes difficultés des maladies mentales, c'est qu'elles sont difficiles à comprendre et que leur évolution est très variable : elle dépend considérablement du type de prise en charge apportée. Un article publié en 1973 et souvent réédité depuis, « *Etre sain dans un environnement malade*¹⁶ », reste malheureusement très actuel. Dans cette expérience, Rosenham propose à une série de volontaires (étudiants, professionnels), de se faire hospitaliser dans des services de psychiatrie en prétendant qu'ils souffrent d'hallucinations, et de tenir un journal de leur parcours. 100 % des « cobayes » seront diagnostiqués « schizophrènes », tous recevront des médicaments, et même lorsqu'ils affirmeront que leurs hallucinations ont disparu, sortiront de l'hôpital avec le diagnostic de « schizophrénie¹⁷ en rémission ». Une fois le diagnostic posé, aucun professionnel ne le remettra en question. Aujourd'hui encore, on observe cette tendance à figer des personnes dans un diagnostic, alors que la symptomatologie psychiatrique est propre à chacun, qu'elle est très évolutive et qu'elle varie en fonction du contexte où les personnes sont examinées.

Si le Forem se met à vouloir dépister les personnes qui s'ignorent malades, il est *inévitabile* qu'il « fabrique » un certain nombre de schizophrènes et autres, tant on finit par trouver ce que l'on cherche. En effet, l'isolement social, la pauvreté, le fait d'être renvoyé d'un organisme à l'autre avec les sentiments d'injustice et de persécution qui s'en suivent, tout cela peut provoquer chez des personnes fragilisées des symptômes qui peuvent être confondus avec une maladie mentale.

Qui peut catégoriser, et avec quels critères ?

L'article du journal « Le Soir » ne précise pas qui effectuera la catégorisation des chômeurs. Il y a à craindre, cependant, qu'elle ne repose sur le référent du Forem. Sur quelles bases celui-ci décrètera-t-il qu'une personne a un problème psychique ou mental ? Son « look » ? Sa qualité de contact ? Son odeur ? Sa régularité aux rendez-vous ? Les confidences qu'elle veut bien faire sur ses problèmes de vie ? Ou peut-être sur base d'un questionnaire, mais rempli dans quelles conditions ? Forcément, les accompagnateurs du Forem se référeront à une norme sociale qui est celle qu'ils imaginent être les critères

16 David L. Rosenham, « *Etre sain dans un environnement malade* », dans « *L'invention de la réalité* », sous la direction de Paul Watzlawick, Points, P. 131-160.

17 La schizophrénie est un trouble psychiatrique grave, chronique et évolutif, survenant le plus souvent chez des jeunes adultes, qui se caractérise par des hallucinations, du délire, une désorganisation de la pensée et un repli sur soi.

d'employabilité définis par une entreprise. Le risque est grand que la case « MMPP » devienne en réalité la catégorie fourre-tout où placer des personnes atypiques, un peu en dehors de la norme sociale. Et, bien pire encore, cet écart de la norme attendue sera interprété comme une pathologie : à la personne de porter le poids et de « faire soigner » ses caractéristiques personnelles !

Il faut peut-être rappeler aussi que les « problèmes » médicaux et psychiatriques ne peuvent pas faire l'objet d'un diagnostic par un conseiller, faute de quoi il s'agirait d'*exercice illégal de la médecine*. Evidemment, s'il perçoit ou qu'on lui confie une difficulté, libre à lui, comme à tout citoyen, de *conseiller* à la personne d'aller voir un médecin ou un psychologue – voire de lui donner des indications sur un lieu adéquat. Par contre, exercer un contrôle sur la consultation et sur son contenu, contraindre par la menace d'une suppression d'allocations, cela relève tout simplement de l'abus de pouvoir.

Peut-être nous dira-t-on que le conseiller devra s'appuyer sur le rapport d'un médecin ou d'un psychiatre. Mais, il faut le rappeler, les médecins sont soumis à un code de déontologie strict et sont tenus à la confidentialité. Il existe déjà une procédure légale, sans doute trop peu connue des médecins, qui permet de mettre des personnes demandeuses d'emploi en maladie, ce qui les protège d'un même niveau d'exigences, tout en protégeant le secret professionnel.

Que les professionnels consultés soient « extérieurs », ou qu'ils soient affiliés à une institution telle que l'ONEM, qu'ils soient médecin, psychiatre ou psychologue - les psychologues sont tenus aux mêmes règles déontologiques que les médecins – ils sont tous tenus à la confidentialité, et il s'agira donc d'être très vigilant quant au respect de cette règle : qui d'entre nous accepterait que le contenu de notre dossier médical atterrisse sur la table d'un conseiller du Forem ?

Il faut penser également à la place que va occuper le référent du Forem lui-même dans cette catégorisation. Dans un second article du journal « Le Soir »¹⁸, on lit cette déclaration du ministre chargé de l'Emploi André Antoine : « *Au contraire, notre ambition est de disposer d'une armée de conseillers pour assurer le suivi individualisé des demandeurs.* » On pourrait s'étonner du terme « armée » : il n'est que trop judicieux, puisqu'il s'agit, ni plus ni moins, d'éradiquer le chômage. Le problème est que ces « conseillers » sont des personnes. Nombre d'entre eux seront vraisemblablement issus eux-mêmes du chômage, et dans la crainte d'y être renvoyés. Parmi eux, des jeunes qui se trouveront face à des femmes et à des hommes, parfois bien plus âgés qu'eux, de l'âge de leurs parents, et qu'ils devront catégoriser. On n'insiste pas assez souvent sur la souffrance que peuvent éprouver

18 « Antoine veut rassurer le CPAS, Martine Vandemeulebroucke, «Le Soir», 12 janvier 2011

ces travailleurs quand ils commencent à comprendre le jeu qu'ils jouent¹⁹ Pris entre tenaille entre leur obligation de conserver leur emploi, donc de réaliser de bons scores de remise à l'emploi, et l'humiliation à infliger à l'autre, ils risquent bien de développer un processus de défense bien connus : le déni – ce que la philosophe Hannah Arendt a décrit comme « la banalité du mal ». Il y a 50 ans, en 1961, Stanley Milgram montrait dans une expérience célèbre²⁰ que nous sommes bien plus obéissants que nous ne le pensons quand nous sommes légitimés par une autorité : sous caution d'un scientifique en blouse blanche qui les rassurait sur le bien-fondé de l'expérience, 62,5 % des sujets menèrent l'expérience à terme en infligeant à trois reprises des électrochocs de 450 volts, une dose potentiellement mortelle, à des « volontaires ». France 2 a récemment transposé l'expérience avec « Le Jeu de la mort »²¹. En 2010, sous l'autorité morale d'une animatrice de télé, ce sont 81 % des sujets qui vont jusqu'au bout de l'expérience – avec des voltages supérieurs. Sur le plateau de France 2, il n'y avait pas moins de sept scientifiques pour « encadrer » le moment où les sujets réaliseraient qu'ils avaient été entraînés à tuer potentiellement d'autres sujets – et ce n'était qu'un jeu. Vers qui pourront se tourner les jeunes référents du Forem, quand ils réaliseront que les chômeurs qu'ils doivent catégoriser ne sont pas des abuseurs de biens sociaux, mais des hommes et des femmes comme eux ?

Qui sont les « MMPP » ?

Dans ma pratique de psychiatre, je rencontre certainement des personnes qui pourraient se retrouver étiquetées « MMPP ». Je peux attester d'un exemple qui m'a marquée. Il est atypique, autant que chaque situation peut l'être. Mme M, mère de famille monoparentale, élève ses quatre enfants, parmi lesquels une fille aînée, handicapée physique et mentale profonde. Celle-ci fréquente un Centre de Jour ouvert de 9 heures à 17 heures, quatre jours par semaine. En dehors de ces heures, la jeune fille nécessite une présence à plein temps. Les offres d'emploi proposées par le Forem à Mme M ne lui permettent pas de s'en occuper en dehors des heures où elle est prise en charge. Elle dispose de certificats médicaux attestant de la situation, et un conseiller lui suggère... de placer sa fille handicapée en internat. Mme M qui a toujours mis un point d'honneur à garder sa fille à la maison refuse vigoureusement cette suggestion. Tenue de répondre à une offre d'emploi qui ne tient pas compte de sa situation, elle ne se présente pas

19 Voir le livre remarquable de la jeune Marion Bergeron, « 183 jours dans la barbarie ordinaire - en CDD chez Pôle Emploi » Ed. Plon, 2011

20 L'expérience de Milgram est une expérience de psychologie réalisée entre 1960 et 1963 par le psychologue américain Stanley Milgram. Cette expérience cherchait à évaluer le degré d'obéissance d'un individu devant une autorité qu'il juge légitime et à analyser le processus de soumission à l'autorité, notamment quand elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet. (Wikipédia).

21 <http://www.evous.fr/L-experience-de-Milgram-50-ans,1122744.html>

à l'employeur. Elle finit par être radiée du chômage. Ne supportant pas l'idée de recourir au CPAS, elle se retrouve sans ressources suffisantes. Épuisée, elle développe un problème cardiaque aigu doublé d'une dépression, ce qui la mettra en incapacité pour longtemps. Mme M a pour particularité d'être une femme très honnête, qui ne peut « faire comme si ». Elle n'est donc pas allée se présenter à un emploi qu'elle ne pouvait accepter, alors qu'elle aurait pu se protéger en « jouant » (bien – ou mal) le jeu. Dans l'esprit d'un « conseiller » à la remise à l'emploi, c'est la fille handicapée de Mme M qui l'empêche de répondre aux offres. Il faut donc placer la fille, sans se poser la question du coût humain et financier de l'opération. La case « MMPP » aurait peut-être permis à Mme M d'obtenir un répit. Mais comment pourrais-je, en tant que soignante, améliorer sa situation, alors qu'elle s'occupe fort bien de sa fille handicapée et de ses trois autres enfants ? Ce n'est pas le fait de venir consulter qui va rendre sa fille plus autonome, ni faire en sorte que les « aidants » obtiennent un statut particulier – et encore moins que les employeurs acceptent les logiques individuelles, et que le Forem soit plus créatif dans la recherche d'emplois pensés au cas par cas. Cette situation est la plus dramatique que j'ai rencontrée, mais elle est illustrative de la violence – potentiellement meurtrière – qu'exercent de telles politiques sur les individus.

Travail et santé : liaisons dangereuses

« La santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon ». (Jules Romains)

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit, depuis 1946, la santé comme étant « un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». De même, la santé mentale est définie comme telle : « Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustration et de joie, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique »²². Ces définitions nous semblent à nous, professionnels, appartenir bien plus au pays des Bisounours²³ qu'à la réalité humaine. Ne sommes-

22 Organisation Mondiale de la Santé Mentale.

23 Les Bisounours, sont une ligne de jouets en peluche américaine populaires dans les années 1980. L'expression « pays des bisounours », utilisée de manière négative, désigne toute situation

nous pas faits de doutes, de divisions, d'incomplétude ? Cet idéal, dans tous les cas, élargit considérablement le champ des pathologies et ouvre un espace immense à l'intervention de thérapeutiques de toutes sortes. Le sociologue Alain Ehrenberg²⁴ a suffisamment dénoncé la dictature de l'exigence du bien-être. Il a également mis en évidence à quel point la classification actuelle des maladies mentales, le DSM²⁵, gommait les différences de niveau de gravité des maladies : une timidité malade y figure au même niveau que la schizophrénie – et jusqu'il y a peu, l'homosexualité y était encore répertoriée. Cette médicalisation excessive de nos maux a mené, entre autres, à une explosion de la consommation de médicaments psychotropes. Il est certain que si le Forem s'emparait d'un manuel de DSM, il pourrait trouver au moins une pathologie pour chaque demandeur d'emploi !

A nouveau, notre regard de professionnels de la santé mentale est un peu différent, et les choses sont bien plus complexes.

La plupart des patients qui consultent un psychologue ou un psychiatre en ambulatoire ont un travail. Tous les cliniciens peuvent en attester : nous rencontrons des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques graves et qui travaillent seize heures par jour. En 1978 paraissait un petit livre, « *Ces malades qui nous gouvernent* » : les auteurs y dévoilaient comment des politiciens amenés à prendre des décisions quant à l'avenir du monde – Roosevelt à Yalta, Khrouchtchev à Cuba, Georges Pompidou à l'Élysée – souffraient de très graves maladies physiques. Plus récemment est paru « *Ces fous qui nous gouvernent* »²⁶. Chacun d'entre nous connaît sûrement quelqu'un qui est rongé par l'anxiété et développe un Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) : ce sont souvent des collaborateurs très appréciés pour leur fiabilité. Ces exemples nous indiquent simplement qu'il faut se garder d'assimiler systématiquement maladie et incapacité.

Al'inverse, c'est le travail lui-même qui peut être pathogène. En effet, ces dernières années, nous rencontrons de plus en plus de personnes qui tombent malades pour des raisons directement liées à leur emploi. Le fait que le travail puisse rendre malade est connu de longue date. Déjà en 1915-1920, quand Henry Ford remplace les savoir-faire traditionnels par des routines strictes, on appelle « fordite » l'état d'apathie et d'abattement qui

caractérisée par une exagération de bons sentiments. En politique, bisounours s'emploie surtout dans la forme négative. Ce n'est pas bisounours, ça veut dire c'est quand même sérieux, ça ne relève pas du monde merveilleux de l'enfance où tout est gratuit. (Wikipédia).

24 Alain Ehrenberg, « L'individu incertain », Pluriel, Hachette, 1995 et « La fatigue d'être soi », Poches Odile Jacob, 1998.

25 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

26 « Ces fous qui nous gouvernent : comment la psychologie permet de comprendre les hommes politiques », Pascal De Sutter, Arenes 2007

touche de nombreux ouvriers²⁷. Récemment, les effets potentiellement ravageurs de l'organisation du travail sur la vie psychique ont été largement médiatisés, notamment par Christophe Dejours, mais aussi par la presse et les media français qui se sont emparés, entre autres, de la question du suicide au travail.

Les cliniciens sont attentifs à maintenir l'insertion de leurs patients dans la vie. Ils les soutiennent à travailler et sont attentifs à fixer des heures de rendez-vous qui sont compatibles avec leurs obligations. Dans les hôpitaux psychiatriques, la législation permet à des patients d'aller travailler, même s'ils reçoivent des soins sous contrainte. Le travail, dans de bonnes conditions, participe de la santé mentale. C'est tout d'abord un lieu magnifique d'accomplissement du désir. Il améliore la qualité de vie par la rémunération et la valorisation, il relie la personne aux autres et au monde en donnant sens à la vie, il structure le temps. Il est supposé offrir au sujet une protection sociale. Enfin, il maintient une certaine hétéronomie²⁸ ; il est reposant, dans une société qui prône tant l'auto-définition et la maîtrise à tout crin, de se soumettre à des règles que nous n'avons pas définies, telles que celles qui relèvent du travail salarié et de la législation du travail.

Quand nous, soignants, sommes amenés à mettre des gens en incapacité, c'est que nous sommes certains que la poursuite de leur travail compromet leur santé. Un certificat n'est donc pas délivré sur les seules caractéristiques de la maladie, mais également en fonction de l'environnement de la personne. Nous sommes attentifs aux risques de l'incapacité à long terme : plus l'arrêt est long, plus la reprise risque d'être difficile.

La sociologue Lydwin Verhaegen, en 1985, anticipe déjà²⁹ comment le psychiatre devient l'opérateur qui, « *en garantissant un statut (invalide) et un revenu (allocation), effectue une prise en charge complète sur le plan économique, symbolique et affectif de l'ex-travailleur* ». Elle en montre bien les effets pervers et humiliants : « *La demande d'assistance qui s'accompagne d'un aveu d'incapacité est une forme renouvelée de l'humilité rituelle des démarches qui constituaient l'art de la mendicité en d'autres temps. Le certificat délivré par le psychiatre cautionne l'aspect médical du trouble et remplace ainsi le billet de confession signé de la main du curé. Ce billet garantissait les signes extérieurs de la moralité nécessaire*

27 Pap Ndiaye, « Comment Ford a révolutionné le capitalisme », Les Collections de l'Histoire n°7, pp 28-31 – article revu et abrégé dans LLL du 18/7/2011.

28 L'hétéronomie est la capacité d'un être vivant à subir la règle du milieu environnant. Chez l'homme, l'hétéronomie représente l'incapacité à se donner ses propres lois et à se régir d'après elles. L'hétéronomie est l'inverse de l'autonomie.

29 Lydwin Verhaegen, « Les psychiatries. Médecine de pointe ou d'assistance? », Perspectives sur l'Homme 5, Cabay/LLN

à l'époque pour appuyer une demande d'assistance ». Elle pose l'hypothèse que dans le contexte des mutations sociales actuelles, le système psychiatrique pourrait bien prendre le relais d'un système social déficitaire. Et, de fait, les Services de Santé Mentale et les assistants sociaux des services psychiatriques situés en zones populaires peuvent attester des catastrophes sociales dont ils sont de plus en plus les récepteurs ultimes. Certains soignants sont au bord de l'épuisement professionnel tant on leur demande d'accueillir, et même de « régler » tous les malheurs du monde : SDF, sans-papiers persécutés dans leur pays d'origine et dans notre pays « d'accueil », familles expulsées de leur logement, violences intra et extrafamiliales, violences institutionnelles... la liste n'est pas exhaustive. Les psys sont surchargés, souvent très seuls face à ces problématiques, et bien impuissants à les résoudre. Va-t-on leur demander en plus de solutionner le manque d'emplois et le durcissement des conditions de travail ?

Les dérives du travail

« - Editer des manuels scolaires n'est pas trop ma tasse de thé, mais travailler dans une entreprise de construction, je crois que ça me plairait encore moins, avouai-je avec franchise. Je suis heureux que vous me l'ayez proposé, mais, quand on fait quelque chose qu'on n'aime pas, ça attire toujours des ennuis.

- Ca, c'est vrai, di le père de Yukiko. Il ne faut pas se forcer à faire ce dont on n'a pas envie». Murakami³⁰

Comme soignants, nous sommes témoins de la difficulté de plus en plus grande de maintenir un travail qui, tienne compte de la réalité individuelle des personnes. Nombre de « malades » pourraient retravailler à mi-temps, mais se trouvent pénalisés par ce statut que l'employeur refuse à long terme, comme s'il s'agissait d'un privilège. Nombre de personnes handicapées souhaitent travailler, mais ne trouvent pas d'emploi. Plus largement, il devient presque indécent d'associer les mots « travail », « désir », et « plaisir ». Les conditions de travail se durcissent, et des personnes qui étaient précédemment bien insérées grâce à un emploi peu exigeant se voient déplacées de poste en poste, jusqu'à épuisement. Comment préserver le désir dans de telles conditions ?

Nous sommes aussi témoins de l'évolution des Entreprises de Travail Adapté (ETA - anciens Ateliers Protégés), qui autrefois permettaient que des personnes handicapées puissent gagner leur vie, dans un travail adapté à leur rythme. Il n'était pas rare d'y rencontrer des personnes trisomiques heureuses de travailler : les personnes souffrant de retard mental sont sensibles comme tout un chacun à la valorisation financière et au fait d'être reconnues pour leur travail. Aujourd'hui, les ETA sont mises en concurrence et tenues à une telle rentabilité

que les personnes qui souffrent d'un réel handicap n'y ont

³⁰ Haruki Murakami «Au sud de la frontière, à l'Ouest du soleil», 10/18

plus leur place. Par contre, on y engage de plus en plus de personnes « handicapées sociales », nettement plus rapides et prêtes à beaucoup pour obtenir un travail. Les personnes handicapées se retrouvent, elles, sans travail, astreintes à rester chez elle, dans leur famille ou dans leur institution, qu'elles mettent à mal, et où cela tourne vite « fou » par manque d'hétéronomie : qui peut vivre 24 h/24 dans le même lieu, dans le même entourage ? Les institutions d'hébergement finissent par leur proposer des « activités d'intérêt collectif », non rémunérées, de type emballage ou enfilage de perles, activités dont le sens leur échappe et qu'elles sont tenues de fournir. On en revient, doucement mais sûrement, à la tradition asilaire : au siècle dernier, les asiles « tournaient » grâce au travail des centaines de patients qui cultivaient les potagers, entretenaient les jardins, effectuaient des travaux d'ébénisterie, copiaient des tableaux de maître, tenaient les cuisines, lavaient le linge, tout cela chacun selon ses possibilités, tout cela gracieusement, parce que « la travail, c'est la santé », et que quitte à être exilé pour toujours de la société, il fallait être encore reconnaissant de se rendre utile. En quoi un « arbeidszorg » est-il différent ?

Dans notre secteur en particulier, des personnes qui ont passé des années en psychiatrie sont parfois tellement éloignées du circuit du travail qu'il semble tout à fait illusoire de penser qu'elles pourraient un jour s'y réinsérer. Et ceci n'est pas seulement de leur fait : comme souligné précédemment, le fait d'avoir séjourné en psychiatrie n'est pas rassurant pour des collègues et des employeurs. Nous recevons des questions telles que : « Peut-il utiliser des instruments dangereux ? Y a-t-il des précautions particulières à prendre avec lui ? Comment gérer ses relations avec ses collègues ? » - toutes questions qui indiquent qu'on se soucie de lui – ou d'elle – mais qu'on ne poserait pas si le collègue avait séjourné six mois à l'hôpital suite à un grave infarctus. Réinsérer des patients de longue durée est donc un sacré pari. Pourtant, certaines initiatives, telles que l'Espace Socrate à l'Hôpital Vincent Van Gogh, ou encore le projet Article XXIII à Liège, montrent bien que c'est possible. Leur philosophie est totalement à l'inverse de celle prônée par le Forem : il s'agit de dé-stigmatiser des personnes et de leur permettre un processus d'intégration à la vie sociale. Il s'agit non pas de « soigner des personnes par le travail » (à moindre coût), mais bien de « soigner le travail ».

Qu'est-ce que soigner ?

« Soin : attention, application mise à faire quelque chose » (Grand Larousse de la Langue Française)

Il n'y a pas de soignants sans malades : la relation est complémentaire, par définition. Et comme l'un est supposé répondre aux besoins de l'autre, cette relation est lourde d'enjeux de pouvoir. Aider « sans faire à la place de l'autre », utiliser son savoir tout en respectant celui de l'autre, traiter comme on souhaiterait l'être soi-même

(dans les deux sens du terme), respecter sa culture, savoir garder pour soi des confidences parfois très lourdes, tout cela exige un apprentissage – et c'est à remettre sans cesse sur le métier. En santé mentale, les soignants font le plus souvent un travail sur eux-mêmes et se font superviser, cela justement parce qu'il est important de comprendre les enjeux d'une telle relation.

Le soin est, par définition, individuel. Il ne s'agit pas simplement d'une relation d'individu à individu : tout comme c'est le cas en chirurgie, en psychiatrie aussi une équipe tout entière peut participer au soin individuel du patient. Il s'agit d'appliquer un traitement unique à un individu unique : c'est la base de la clinique. Même quand les soignants se réfèrent à des « guidelines », à savoir des stratégies reconnues comme efficaces, elles doivent être à chaque fois repensées en fonction du patient. Il faut à chaque fois *inventer*.

La langue anglaise distingue le « cure » (guérir) du « care » (prendre soin). L'un ne va pas sans l'autre ; par exemple, il ne sert à rien de disposer de bons médicaments anti-douleur en post-opératoire si l'on ne vient s'enquérir de la douleur du malade. Ce « couplage » paraît aller de soi. Pourtant, dans la catégorisation MMPP, il semble que, sous prétexte de soigner, on va justement « découpler » la question du soin et du travail : il s'agit avant tout de renvoyer le désigné « malade » à d'autres instances. Or, Marion Bergeron le montre bien³¹ : dans la remise à l'emploi aussi, c'est le soin mis à l'épreuve et à comprendre un individu qui se révèle fécond. Entendons nous : il n'est pas question de l'interroger sur les petits faits de sa vie privée « pour faire connaissance », mais bien de s'intéresser à son *désir de travail*.

Précisons ici que ce n'est pas parce que les conseillers du Forem seront « individualisés » que la prise en charge du chômeur le sera : si l'approche est globale (questionnaire identique pour tous, recueil de données, catégorisation), ce n'est pas de l'individualisation, c'est de la globalisation sous prétexte de relation personnalisée. C'est le contraire de la logique de soin.

L'activité fait partie du soin en psychiatrie. Pour introduire la question, voici une proposition de François Tosquelles, psychiatre catalan, grand résistant et « père » de la psychothérapie institutionnelle. Elle est extraite d'un petit recueil récemment réédité³² : « *Il n'y a pas de hiérarchie dans la fonction soignante : le travail de l'infirmier est aussi important que celui du psychiatre. Et le travail est au coeur même du dispositif institutionnel, il en est l'énergie circulante, et reliante : c'est sur l'ensemble des activités*

proposées que l'institution prend corps. Et ce corps n'a de sens que s'il est relié au monde : "Faire de l'effilochage, déchirer du papier, ou même faire des confettis avec des malades très diminués peut, en soi, parvenir à les rendre plus "vivants", mais cette tâche ne peut prendre sens urbi et orbi ("dans la cité et dans le monde") que si, dans l'hôpital et ailleurs, il existe des "fêtes" où le confetti devient une valeur, et se consomme". Tosquelles l'affirme avec raison : pas de soins sans activités. L'activité est essentielle à l'être humain, mais elle doit avoir un sens. Ce sens, c'est qu'elle soit reliée « à la cité et au monde ». L'acte de soigner un malade n'est pas si éloigné de ce que pourrait être le soin apporté à une demande d'emploi : c'est de cette logique que s'inspirent les projets de l'Espace Socrate et l'Article XXIII. Il s'agit de partir de la demande de la personne, et de chercher un employeur, voire d'inventer des emplois auxquels elle puisse correspondre.

Le soin sous contrainte

Consulter un « psy », ce n'est pas une démarche anodine. La maladie du corps touche a priori des organes. Montrer mon ventre, ma cheville, mon cœur auxquels j'ai mal, c'est montrer une partie de moi, je peux encore faire comme si ce n'était pas tout à fait moi, comme si la maladie m'était un peu étrangère – pourvu qu'elle soit temporaire. Il faut des médecins bien humains pour comprendre à quel point le malaise des organes atteint un sujet dans sa globalité. Chez le psy, tout est donné d'emblée. Ce sont mes émotions, mes pensées, mon ressenti du monde que je vais confier. Je n'ai pas mal « à mes pensées » : je « suis » mal. Et cette douleur là est souvent invisible, et difficile à comprendre pour ceux qui ne l'ont pas approchée. Ce type de démarche exige un respect et une confidentialité absolus. C'est une humiliation quand les personnes doivent la faire sous contrainte, ce qui peut arriver par autorité judiciaire. Encore davantage dans ce cas, les questions du cadre de travail, des limites de la contrainte et de la confidentialité doivent être clarifiées avec le patient et avec celui qui l'oblige à se soigner. Parler, en effet, ne fait pas toujours du bien - et peut faire beaucoup de tort, si la parole n'est pas suffisamment reconnue à sa juste valeur – et contenue.

Les professionnels du soin sont sensibles à l'évolution des demandes qui leur sont adressées. Nous avons pu observer, ces dernières années, entre autres, des phénomènes tels que la sur-médicalisation des dépressions, la montée des pathologies liées au travail, et, chez les enfants, l'accroissement impressionnant des demandes de médication pour hyperactivité à l'école. Nous sommes attentifs à ne pas tomber dans le piège de la médicalisation, et à prendre en compte la personne dans sa globalité, incluant sa famille et les liens avec la société. Dans quelle situation se trouvent des parents tenus de médiquer leur enfant sous peine de renvoi ? Nous travaillons à partir de « la demande » de la personne, à savoir de là où elle situe son mal-être et souhaite entamer un processus

31 Marion Bergeron, « 183 jours dans la barbarie ordinaire – en CDD chez Pôle Emploi », Ed. Plon, 2011.

32 François Tosquelles, « Le travail thérapeutique en psychiatrie » – François Tosquelles – érès – 2009.

de changement. Il arrive que ce soit l'entourage qui soit demandeur plus que le patient, ce qui exige alors un travail impliquant les proches. Les professionnels de la santé mentale ne peuvent pas travailler en faisant l'impasse sur la demande. On imagine le dialogue : « Pourquoi avez-vous besoin d'une aide psychologique ? » - « Je ne sais pas, le conseiller du Forem m'a dit de venir me soigner pour retrouver un emploi ». Difficile d'entamer un traitement sur une telle base, et puis, qui financera le soin ?

Par ailleurs, aucun travailleur en santé mentale ne peut rester indifférent au stress considérable que provoquent des contrôles successifs, les petites et grandes vexations, les contraintes dénuées de sens infligées aux demandeurs d'emploi – tels les questionnaires impossibles - telle l'expérience banale de se présenter à un employeur, qui non seulement refuse le candidat, mais refuse aussi de lui faire une attestation comme quoi il s'est bien présenté. Les professionnels seraient donc bien tentés d'attester de la fragilité des personnes pour leur éviter de tels traitements. Par contre, ils risquent de ne pas comprendre suffisamment les implications d'un tel certificat : la catégorisation « MMPP » s'accompagnerait, pour que la personne conserve ses allocations de chômage, de l'obligation de se soigner, avec *obligation de résultats* en deux ans. Faute de quoi, elle serait exclue du droit à ses allocations. Ceci en ferait hésiter plus d'un...

Si la proposition faite à des personnes catégorisées « MMPP » est d'accepter des soins, faute de quoi leurs allocations leur seront supprimées, il ne s'agit pas d'un contrat, mais d'un chantage. Elles se retrouveront, de plus, coincées entre le marteau et l'enclume : entre le conseiller qui pousse à aller consulter, et la résistance passive ou active des professionnels de la santé mentale.

Par contre, quand des personnes auront été exclues du chômage pour une raison ou pour une autre, et qu'elles se retrouveront orientées vers des CPAS qui ne pourront – ou ne voudront plus répondre à toutes les demandes des personnes exclues du Forem, elles se retrouveront dans une détresse telle qu'elles risquent bien alors d'avoir recours à une aide médicale et/ou psychiatrique. On peut là aussi se poser la question du financement de cette aide, qui, de plus, ne résoudra pas la problématique centrale : la disparition d'un revenu de survie.

Conclusion

La santé mentale est indissociablement liée aux valeurs collectives dominantes, donc aux normes société donnée. Elle est influencée par les conditions économiques, politiques et culturelles qui y règnent. La pauvreté et la discrimination nuisent gravement à la santé mentale.

La catégorisation de chômeurs en « MMPP » leur sera doublement préjudiciable. Sur le plan matériel d'abord, ces personnes se verront contraintes à se soumettre à des soins dont elles ne sont pas forcément demandeuses,

et à se rendre chez des professionnels déjà surchargés de travail qui se montreront très réticents, ou refuseront tout simplement d'accueillir des envois aussi tronqués. Elles risquent, si le modèle de la Flandre se généralise, de devoir accepter un travail non rémunéré, soi-disant « pour se soigner ». Faute de quoi, elles risquent bien de se voir retirer leur allocation – ce qui arrivera de toute façon si elles ne sont pas « guéries » au bout de deux ans. Sur le plan symbolique ensuite, ces personnes seront affligées d'une étiquette stigmatisante dont elles auront bien du mal à se débarrasser, et qui figurera *ad vitam* dans leur dossier.³³ Stigmatiser des personnes parce qu'elles sont considérées comme impropres à produire, c'est nous ramener à des épisodes sombres de l'histoire, trop vite oubliés. Catégoriser des personnes « MMPP », c'est une médicalisation en masse d'une problématique sociale : le manque d'emplois et le durcissement des conditions de travail.

Un état qui utilise la souffrance de l'individu et les inégalités sociales, qui les institutionnalise afin d'en tirer profit, est un état meurtrier. Notre travail de soignants en santé mentale implique de refuser d'être les ultimes dépositaires de la souffrance sociale, mais bien au contraire, de dénoncer de telles dérives et de soutenir les personnes à résister à cette dynamique de dévalorisation et d'exclusion. Il s'agit d'entendre ce qu'elles ont à dire et de faire circuler leur parole. Nous pouvons attester de l'immense potentiel de création que nous entendons chez chacun de ceux que l'on déplace de case en case. Il serait dommage que nous soyons l'ultime impasse dans laquelle se déposerait cette parole. La meilleure définition de la thérapie nous a sans doute été apportée par François Roustang³⁴ : « *L'acte thérapeutique, c'est de mener le patient au plus près de sa liberté* ». Il serait terriblement dommageable pour une société que les thérapeutes deviennent SEULS pourvoyeurs de liberté.

Frédérique Van Leuven

Texte paru dans « *Ethica Clinica* » n° 63, septembre 2011, pp. 55-68.

³³ Dans le domaine du handicap, par exemple, la catégorisation « E » jointe au numéro AWIPH indique que la personne présente des troubles du comportement. Sur seule base de cette indication (en codée, la candidature de ces personnes est le plus souvent refusée d'emblée.

³⁴ Philosophe et hypnothérapeute français.

Appel aux Cartes blanches



Mental'idées vous ouvre un espace pour tous vos textes présentant un positionnement, une réaction, un point de vue par rapport une question, une thématique, une actualité...

Nous attendons vos réactions et ne manquerons pas d'assurer la pluralité des opinions

Vos textes doivent être envoyés uniquement sous format word avant le 20 décembre 2012 à l'attention de Mirella Ghisu : ghisu.lbfsm@skynet.be

DOSSIER...

Autisme aujourd'hui en Belgique. Des concepts aux dispositifs ; aperçus historique et clinique entre obstacles et ouvertures.

Anne-Christine Frankard¹ (présentation LBFMS 4 juin 2012)

1 Introduction

Tenter de situer le plus précisément possible les repères théoriques qui fondent les pratiques dans le champ de l'autisme, en Belgique, relève d'un défi très difficile à relever. Je parle du champ de l'autisme en prenant déjà une position « méta » face à un premier questionnement qui divise tant les professionnels que les familles. Est-il question de patients autistes, de personnes avec autisme, d'enfants présentant des troubles envahissants du développement, de troubles appartenant au spectre autistique ?

Ce premier repérage, je le formulerai sous forme d'une question aux multiples déploiements : « Autisme : psychose ou handicap ? ». Plusieurs publications récentes analysent les repères théoriques et psychopathologiques dans le champ de l'autisme ; celles-ci viendront soutenir ma réflexion.

En outre, s'aventurer dans les dispositifs d'accueil institutionnel est une autre démarche particulièrement complexe qui nécessite une recherche épidémiologique permettant de mieux situer la population concernée en Belgique. Réaliser une cartographie des institutions (de quels pouvoirs de tutelle dépendent-elles, qu'y fait-on, sont-elles référées à un projet thérapeutique, pédagogique, de réadaptation fonctionnelle... ?) est tout aussi ardu ; ce qui nécessitera une analyse prudente, nuancée et argumentée avec les ressources de la littérature (les numéros spéciaux des revues sur l'autisme se sont multipliés ces derniers mois), les contacts avec les institutions, les fédérations, les sites internet des associations de parents et la presse qui participe abondamment à la diffusion d'informations.

En construisant mon texte, j'ai ressenti tout au long du travail d'écriture un envahissement dû au nombre

¹ Anne-Christine Frankard, docteur en sciences psychologiques, psychologue clinicienne, coordinatrice des psychologues et des paramédicaux du centre psychothérapeutique de jour Charles-Albert Frère, chargée de cours à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université Catholique de Louvain (UCL).

impressionnant de documents ; une énorme difficulté à baliser ma présentation ; une grande tension liée aux polémiques qui envahissent les médias. En outre, comme le précise B. Golse² « : Plus l'enfant apparaît comme énigmatique et difficile à comprendre, plus le besoin – ou la tentation – de vouloir tout comprendre ou tout maîtriser se fait grand. Plus l'enfant autiste nous apparaît comme insaisissable, plus il active chez ses parents et chez les professionnels un désir de maîtrise voire d'emprise à son égard, éventualité dont il importe que nous soyons très conscients afin de lutter contre les difficultés qui peuvent en découler et qui ont été à l'origine de nombreux conflits entre parents et professionnels ».

Il convient, tout d'abord, de me situer dans le débat que je vais ouvrir en répondant à l'invitation de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Les nombreuses interrogations concernant la prise en charge des enfants autistes me préoccupent depuis 1984. A cette époque, stagiaire psychologue en postformation à Paris, je travaillais dans un Centre Psychothérapeutique d'orientation psychanalytique pour enfants présentant des pathologies psychiatriques. Dans un tout autre cadre, durant mon séjour, j'ai rencontré, à de nombreuses reprises, une famille dont la fille aînée préadolescente était autiste. Les propos de ces parents concernant la psychanalyse et l'histoire de la prise en charge de leur fille, leur souffrance, leurs tentatives pour chercher des ressources, des moyens, des idées pour aider leur fille m'ont profondément touchée. Tout récemment, la réaction de Francis Martens au film « Le Mur »³ m'a replongée dans ce contexte historique. F. Martens situe combien l'histoire de la psychanalyse a été marquée de positions dogmatiques. « Car l'ennui, [écrit-il], c'est qu'une part du message véhiculé par le film « Le Mur » correspond bien à ce que moi-même (ayant pratiqué la psychanalyse avec les enfants durant de nombreuses années) mais - surtout - nombre de parents désemparés, avons entendu proférer durant nombre d'années par divers pontifes de la psychanalyse. Par exemple, à cette mère contrainte à

² Golse B, 2003, Avec les parents d'enfants autistes ; une aussi longue histoire... In *Enfances & Psy, Dossier Parents et Professionnels*, Eres, 2003/1, n°21, p.99

³ Martens F. 2011, **A propos du documentaire sur l'autisme de Sophie Robert : Le Mur**, courriel du 21 janvier 2012 adressé aux membres de l'APPSPY, association de psychologues d'orientation psychanalytique

des entretiens réguliers au sein d'une institution réputée pour que sa fille - incapable de parler - puisse y entrer : « Mais qu'est-ce qui, en vous, Madame, fait que votre fille ne parle pas? » (sic). Quelques années plus tard, l'imagerie médicale ayant fait des progrès, on s'aperçut qu'il manquait à cette jeune-fille, depuis toujours, un bon bout de matière cérébrale - ce qui ne l'empêcha pas d'ailleurs d'entreprendre un travail fructueux avec un autre psychanalyste, spécialiste du handicap ».

Par la suite, en 1989, j'ai été invitée avec Jean-Yves Hayez à présenter, lors d'une journée d'étude adressée à des médecins pédopsychiatres, un état des lieux sur l'autisme⁴. Je reprendrai quelques extraits de notre réflexion en repérant principalement les points de convergence et de divergence entre 1989 et 2012.

Je m'exprime également comme psychologue clinicienne engagée depuis 2004 à La Petite Maison, Hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents à Chastre, ensuite depuis novembre 2011 au Centre Psychothérapeutique de Jour à Marcinelle. Chargée de cours à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Louvain-la-Neuve, j'ai également eu l'occasion de participer à plusieurs recherches menées en partenariat avec des institutions du secteur thérapeutique et éducatif. Ces projets de recherche portent, entre autres, sur le repérage des signes précoces de l'autisme, sur l'accompagnement de la fratrie de l'enfant autiste, la place des ateliers thérapeutiques dans la prise en charge...

2. Petit rappel

Depuis sa nomination par Kanner⁵, l'autisme a, de tout temps, suscité de nombreuses interrogations. Comme nous l'introduisons en 1989, « nos certitudes restent fragmentaires : elles portent essentiellement sur la sémiologie, l'évolution, l'épidémiologie - depuis 1989 les choses ont cependant bien changé -, et quelques associations étiologiques. Nos incertitudes restent énormes : elles portent essentiellement sur la nature profonde du trouble, sa pathogénie et sur ce qui dans le traitement est susceptible d'être fécond »⁶.

Kanner, en 1943, distingue l'autisme de la schizophrénie infantile. Sa trouvaille nosographique marque un tournant dans la psychiatrie de l'enfant, car il s'attache à repérer les traits communs aux enfants décrits — l'extrême solitude et le besoin d'immuabilité — et non à rechercher chez l'enfant ce qu'on décrit chez l'adulte. L'auteur aborde dans des paragraphes qui se suivent tant des causes

⁴ Hayez J.Y et Frankard A-C, 1989 Autisme état des lieux en 1989, journée d'étude de la société Belge Francophone de Psychiatrie et des Disciplines associées de l'Enfance et de l'Adolescence, texte non publié.

⁵ Kanner L., 1943, Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child* 1942-1943 ; 2-3 : 217-30. Trad in Berquez G., 1983 *L'autisme infantile*, Paris, Puf

⁶ Hayez J-H et Frankard A-C., *Op. cit.*

biologiques et organiques possibles que des particularités récurrentes dans la description des enfants et de la dynamique familiale.

Dans la littérature récente, il est étonnant de lire que tant les partisans du « tout organique » que ceux qui se réfèrent uniquement à la causalité psychique tirent exclusivement les propos de Kanner de l'un ou l'autre côté.

Septante années plus tard le débat reste donc entier.

3. Ce qui n'est pas remis en question mais affiné au fil du temps : l'observation clinique

Généralement constitué vers l'âge de 2-3 ans, l'autisme se manifeste par une triade de symptômes associant des troubles de la socialisation, de la communication et du comportement. Le sex ratio est de 3 à 4 garçons pour 1 fille⁷. Le développement peut, en outre, être retardé de façon variable et hétérogène.

Les revues spécialisées et celles destinées à un large public sont unanimement d'accord pour reprendre le trépied autistique.

3.1. Le trépied autistique

- A. Troubles de la socialisation : Le retrait autistique traduit une incapacité à développer des relations interpersonnelles, un manque de réactivité aux autres ou d'intérêt pour eux. L'enfant autiste établit rarement le contact, paraissant même l'éviter, le refuser : il ne regarde pas en face, mais jette de brefs regards périphériques, ou bien son regard est vide, « transparent ». Le contact oculaire pour communiquer un intérêt ou attirer l'attention n'est pas utilisé. L'enfant peut être agacé, inquiet, lorsqu'il est sollicité.
- B. Troubles de la communication : Le langage et la communication non verbale sont très perturbés.
- C. Troubles du comportement : Les comportements sont caractéristiques, notamment par leur aspect bizarre ou stéréotypé. Les intérêts sont restreints, l'activité est pauvre, répétitive. Il n'existe pas ou peu de jeux spontanés, imaginatifs ou symboliques (comme jouer à la poupée).

4. Contextualisation et complexité de la problématique

J'ai tenté, en articulant ma réflexion à mon parcours clinique et universitaire, de baliser le débat, de repérer des lignes de forces, d'envisager des possibilités de relier sans amalgamer des points de vue parfois présentés comme extrêmement contradictoires.

Quatre grands axes vont ponctuer et tenter de structurer le débat actuel.

⁷ Ces dernières années, une moins grande unanimité apparaît concernant le sex ration. Nous développerons ces changements en abordant les classifications diagnostiques.

4. 1. **L'épidémiologie** qui voit augmenter considérablement le nombre d'enfants et d'adolescents autistes... ce qui pose la question des implications des classifications diagnostiques.

4. 2. La question de **l'étiologie** qui, comme je l'ai déjà souligné, était déjà source d'interrogations dès les premiers écrits de Kanner.

4. 3. Les **modèles** explicatifs.

4. 4. La grande diversité voire la disparité des prises en charge et le manque de coordination sur le plan des politiques psycho-médico-sociales⁸.

4.1. Epidémiologie

A. Evolution considérable du taux de prévalence de l'autisme

Depuis 1980, les classifications internationales utilisent le terme « Troubles envahissants du développement (TED) » pour désigner l'« autisme et troubles apparentés » (usage français), le « spectre autistique » (usage international), ou l'« autisme au sens large ».

Selon que l'on prend des critères très proches de ceux de Kanner (autisme typique de la CIM10), ou toutes les formes d'autisme infantile (autisme typique et atypique, CIM10) ou encore les TED dans leur ensemble, on aboutit à des taux de prévalence qui s'étendent, en France, de 0,7 à 72,6 pour 10 000 enfants, avec un taux moyen de prévalence calculé à partir d'une méta-analyse de 17 études internationales de 9,7 pour 10 000⁹.

Une recherche effectuée dans une même région et à des époques différentes a été réalisée par Gillberg et al (1991)¹⁰. Cette étude a montré une augmentation des taux de prévalence de 4 pour 10 000 en 1980 à 7,6 pour 10 000 en 1984 à 11,5 pour 10 000 en 1988.

Le site d'Inforautisme¹¹ signale qu'en Belgique, sur base des études épidémiologiques, le nombre de personnes concernées par toutes les formes de troubles autistiques est de 60 000, dont 10 000 à Bruxelles.

L'élargissement des critères diagnostiques, l'identification de plus en plus précoce des enfants avec un TED ainsi que la sensibilisation des professionnels et de la population ont, sans doute, contribué, en partie, à l'augmentation de la prévalence des TED. Cependant, une augmentation d'un tel taux de prévalence mérite qu'on y accorde une

attention particulière et que l'on s'interroge sur l'évolution et sur la manière dont sont organisées ces classifications. Il convient également de souligner combien l'éventail est large sur le plan de la symptomatologie et nécessite inévitablement une grande diversité des prises en charge. Entre un enfant présentant un syndrome d'Asperger qui a trouvé sa place dans une école « suffisamment contenant » et un enfant, mutique présentant des automutilations extrêmes, hospitalisé dans un service de pédopsychiatrie, comment rester dans une lecture au cas par cas tout en soutenant une réflexion plus générale proposée dans ce débat ?

B. L'autisme et la querelle des classifications nosographiques

Patrick Landman¹² s'est intéressé au problème des classifications. Il se pose, tout d'abord, la question du consensus au sein des classifications internationales. Celles-ci, écrit-il, sont présentées avec cette dimension de « *faire consensus* » parce qu'elles sont « *validées scientifiquement* ». Cependant, comme le présente Landman, aucune classification nosographique psychiatrique ne peut prétendre à la scientificité, tout au plus est-il possible, de formuler des hypothèses psychopathologiques. Selon Landman, « *Une classification repose sur trois piliers : fiabilité, validité, sensibilité. Or, les classifications internationales, et en tout premier lieu le DSM, ont privilégié exclusivement la fiabilité, baptisée « fidélité inter-juges », sans se préoccuper de savoir si les critères diagnostiques étaient valides, autrement dit, si les maladies classées existaient réellement, ni se demander si ces mêmes critères étaient sensibles, c'est-à-dire capables de permettre de différencier deux maladies voisines* »¹³. Dans la démarche adoptée par les experts, la subjectivité est considérée comme un biais. En outre, la complexité de la vie psychique n'est absolument pas prise en considération. La position adoptée rejette toute rencontre intersubjective inscrite dans un entretien clinique référé à la tradition clinique et ses exigences de formation approfondie.

L'absence d'attention suffisante à la validité et à la sensibilité a eu pour conséquence, nous dit Landman, une inflation des troubles, l'émergence d'un risque accru de faux positifs, l'augmentation artificielle de la prévalence de certaines maladies qualifiée de « fausse épidémies », en particulier pour l'autisme, et la multiplication des comorbidités.

A la fin des années 80, Roger Misès et des cliniciens engagés dans la pédopsychiatrie ont décidé de proposer une alternative au DSM. Leur réflexion a abouti à la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) qui repose sur une conception évolutive

8 En Belgique, la reconnaissance de l'autisme comme handicap spécifique a été officialisée en 1994 par la Communauté Flamande et en 2004 par la Communauté Française.

9 Inserm, Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Rapport établi à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs indépendants (CANAM), Expertise Collective INSERM, Les Editions INSERM, Paris 2002, pp 15- 18

10 Gillberg C. Steffenburg S., S. Schaumann H, 1991, Is autism more common now than 10 years ago ? Br. J. Psychiatry, 158, pp. 403-409

11 <http://www.inforautisme.be>

12 Landman P. 2012, L'Autisme et la querelle des classifications nosographiques, publié dans Espace Analytique en février 2012 (http://www.espace-analytique.be/eab/Media/LANDMAN_Autisme.pdf)

13 Landman P. 2012, pp. 1-2

et mutative de la pathologie où le diagnostic n'est pas fixé une fois pour toutes. Cette démarche psychopathologique nécessite, de ce fait, une formation clinique approfondie et un temps d'observation prolongé. Une discussion avec d'autres cliniciens est nécessaire pour la fiabilité et l'homogénéisation. Patrick Landman met en évidence combien la sensibilité de cette classification permet de différencier cliniquement des formes limites, des formes de passages et dans la catégorie TED de déterminer des frontières entre des organisations différentes.

Cet abord de la pathologie me semble plus respectueux de la complexité de la problématique et offre une grille de lecture dans laquelle le clinicien s'implique avec l'enfant et sa famille.

C. L'Autisme : Psychose ou Handicap ?

Selon J-C Maleval, les raisons qui ont poussé les psychanalystes à relier l'autisme, sans l'englober, au champ des psychoses sont multiples. Parmi elles, écrit-il, « *on doit compter celle de refuser l'irréversibilité et l'incurabilité de l'autisme, à une époque où l'autisme était considéré comme tel par la psychiatrie, et les autistes délaissés. De plus, les psychanalystes ont considéré que les autistes avaient un appareil psychique et pas seulement un cerveau défectueux* »¹⁴. Il en est résulté, par exemple, des descriptions cliniques et des hypothèses concernant le rapport particulier des autistes aux objets, leur rapport au langage avec l'analyse très fine des particularités de ce langage.

Les classifications internationales, par leur conception déficitaire et leurs présupposés organicistes implicites, ont entraîné une séparation artificielle entre handicap et pathologie.

Il importe, me semble-t-il, de souligner que les pathologies mentales entraînent des handicaps parfois sévères et qu'à l'inverse, la persistance des désavantages dans les interactions sociales contribue à la fixation de mécanismes psychopathologiques parfois très contraignants.

Les positions liées à un déficit défini comme irréversible ont conduit, en grande partie, le mouvement de l'autisme dans le secteur du handicap. Cependant, des recherches récentes réexaminent cette position. Une vaste revue de la littérature internationale intitulée « *Can Children with Autism Recover? If So, How?* »¹⁵, publiée en 2008, s'inscrit dans cet objectif. Si, selon les auteurs, de nombreux chercheurs et cliniciens¹⁶ ont été très sceptiques sur la possibilité de

« *récupération*¹⁷ », estimant, que s'il s'agit d'un trouble organique, la « *récupération* » est impossible ; certains d'entre eux, à la lumière de recherches longitudinales, revoient leur point de vue. Toutes ces recherches s'accordent pour souligner que plus tôt l'âge du diagnostic est posé plus des évolutions favorables (de 3 à 25% selon les études) sont observées. Cependant, des particularités apparaissent chez les sujets suivis au long court. Celles-ci sont repérées principalement dans l'utilisation du langage verbal. C'est la dimension sémantique de la langue qui reste atteinte : la mise en catégorie, en particulier lorsqu'il s'agit d'objets animés plutôt que d'objets inanimés, la compréhension des verbes relatifs à l'état mental tels que penser, supposer..., de même que des difficultés dans les interactions sociales où la dimension langagière cognitive et pragmatique est engagée.

Ce développement rejoint les positions de Jean-Claude Maleval¹⁸ et B. Chamak¹⁹.

Les auteurs s'appuient sur les nombreuses publications de personnes autistes de haut niveau (Donna Williams, Temple Grandin, Birger Sellin, Daniel Tammet, Sean Barron...). Si ces personnes, écrivent-ils, ont pu trouver un emploi, s'insérer dans la société, elles parlent toutes de la persistance d'un fonctionnement original. Selon Jim Sinclair, un autiste américain de haut niveau, « *L'autisme n'est pas quelque chose qu'une personne a, ou une «coquille» dans laquelle une personne est enfermée. Il n'y a pas d'enfant normal caché derrière l'autisme. L'autisme est une manière d'être. Il est envahissant ; il teinte toute expérience, toute sensation, perception, pensée, émotion, tout aspect de la vie. L'autisme est une manière d'être* »²⁰.

Cette constante, exprime J-C Maleval, résiste au discours de la science, car pour la dégager il faut prendre en compte ce que la science doit méthodologiquement rejeter, à savoir le sujet qui la fait.

La moitié des enfants autistes parlent, mais leurs verbalisations sont originales. Parler à la première personne du singulier, dire « Je » est toujours tardif, et parfois n'advient jamais. De même, la tonalité de la voix est particulière, souvent artificielle, sans expressivité. La difficulté à exprimer son ressenti incite Tempel Grandin²¹ à comparer sa manière de penser à celle d'un ordinateur.

Et c'est ici que les synergies sont tout à fait intéressantes entre les apports de la psychanalyse, les recherches en psychologie du développement et en neurosciences autour, par exemple, de la pulsion invocante²² ; de la

14 Maleval J-C, 2010, Qui sont les autistes ?, conférence du 18 février 2010 organisée par le Pont freudien (<http://pontfreudien.org/content/jean-claude-melval-qui-sont-les-autistes>)

15 Helt M., Kelley E., Kinsbourne M., Pandey., J. Boorstein h., Herbert.M & Fein D., 2008, Can Children with Autism Recover? If So, How, in *Neuropsychol Rev* N° 18. pp.339-366

16 Schoppler E., 1997, Naissance du programme Teacch : principes, mise en pratique et évaluation, in *Parents et professionnels devant l'autisme*, sous la direction de R. Misès et P. Grand, Paris, CTNERHI : pp 191-208

17 Le terme *récupération* est défini par les auteurs comme une amélioration des trois troubles du spectre autistique définis par Kanner

18 Maleval J-C, 2010 *op.cit*

19 Chamak B., 2005, Les récits des personnes autistes : une analyse socio-anthropologique, *Handicap – revue de sciences humaines et sociales*, 105-16, pp. 33-50

20 Sinclair J., 1993 Ne nous pleurez pas. Our voice, vol 1 n°3, in Chamak, 2005, *op. cit.* p.45

21 Grandin T., 1986, *Ma vie d'autiste*. Paris, Odile Jacob

22 Touati B., Joly F. et Laznik M-C, (sous la direction de), 2007, *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris, PUF

permanence de l'objet ; du rapport aux objets... Les positions concernant cette dernière thématique ont évolué depuis les premiers écrits de Frances Tustin²³, une des premières psychanalystes à s'être engagée dans la thérapie d'enfants autistes. Tustin considérait que les objets autistiques étaient des objets pathologiques, de sorte qu'ils devraient disparaître dans le cours d'une cure. Toutefois, elle a également constaté que la suppression brutale de la protection qu'ils apportent risquait d'avoir des conséquences néfastes. Récemment, les écrits de Jean-Claude Maleval²⁴ ont mis en évidence une approche référée à la position subjective du thérapeute dans la construction et la transformation d'objets simples en objets complexes.

Ces croisements de regards donnent à des outils d'évaluation tels que le Vineland²⁵, la Cars²⁶, l'Ados²⁷, la grille de repérage des étapes évolutives de l'autisme de G. Haag²⁸, une profondeur intéressante que je découvre actuellement au CPJ de Marcinelle. Récemment lors de la passation de l'Ados en présence de la maman d'un enfant autiste de 5 ans, nous avons ouvert, dans une attention conjointe à l'enfant, des questions qui nous mettent au travail et dans lesquelles l'enfant est entré comme partenaire.

Si j'évoque des synergies possibles et réellement concrétisées dans des approches conjointes, des divergences considérables sont à relever lorsqu'on aborde l'étiologie de l'autisme et les tentatives de modélisation.

4.2. L'étiologie et ses multiples approches

La recherche d'une causalité propre à l'autisme met en mouvement nombre de professionnels. Les approches sont plurielles. Elles se développent et foisonnent dans la littérature et dans les médias. Il est impossible de les développer de façon exhaustive. Je vais tenter d'en présenter les principales et d'ouvrir aux implications

23 Tustin F., 1977, *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, Ed. du Seuil

24 Maleval J-C (sous la direction de), 2009, *L'autiste, son double et ses objets*, Presses universitaires de Rennes

25 Carter A. Volkmar F., Sparrow S., Wang J-J, Lord C., Dawson G., Fombonne E., Loveland K., Mesibov G., and Schopler E., 1998 *The Vineland Adaptive Behavior Scales : Supplementary Norms for Individuals with Autism, Journal of Autism and Developmental Disorder*, Volume 28, Number 4, pp. 287-302

26 Schopler E., Reichler R.J., De Vellis R.F., Daly K., 1980, *Toward objective classification of childhood autism : Childhood Autism Rating Scale (CARS). J. Autism Dev Discord*, 1980 Mar; 10(1)

27 Lord C., Risi S., Lambrecht L. ? Cook E. H., Leventhal B.L, Dilavore P.C., Pickles A. et Rutter M., 2000, *The autism diagnostic observation schedule-generic a standart measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism, Journal of autism and Developmental Disorders*, 30, 3, pp. 205-223

28 Haag G. et coll. 1995. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 2, p.495-527 ; et « Résumé de cette grille », *Carnet psy*, n° spécial sur l'autisme, 2002 ; et Haag G., 2002, « Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité de l'enfant autiste ». *Le carnet PSY 8/2002*(n. 76), pp. 19-23

de cet éclatement tant chez les parents que chez les professionnels.

4.2.1. L'approche génétique

La constatation d'une agrégation familiale des syndromes autistiques, c'est-à-dire le fait qu'un apparenté à un sujet autiste ait plus de risque d'être lui-même atteint d'autisme sous-tend les hypothèses génétiques. Il s'est, toutefois, constitué un consensus autour de l'hypothèse selon laquelle l'autisme ne répond pas à un déterminisme génétique simple, c'est-à-dire à une transmission mendélienne d'un gène. Les hypothèses génétiques s'orientent vers des modèles complexes, polygéniques, faisant place à des interactions entre gènes et environnement. P. Fonagy²⁹ a bien montré comment les chercheurs considèrent aujourd'hui que l'environnement peut influencer, non pas le contenu du génôme en tant que tel, mais l'expression de celui-ci.

4.2.2. L'approche biochimique

Les résultats les plus cohérents portent sur la sérotonine. Chez 30 à 50% des enfants autistes on trouve une augmentation de la sérotonine plaquettaire. Toutefois, cette élévation de la sérotoninémie n'est pas spécifique de l'autisme, elle se rencontre également chez des enfants hyperkinétiques ou déficients mentaux. Les résultats concernant les autres monoamines cérébrales ne sont pas concordants.

4.2.3. Les recherches neurophysiologiques

Les résultats s'accumulent et se précisent au fur et à mesure des recherches, sans que l'on puisse le plus souvent déterminer si les anomalies constatées ont une valeur étiologique, ou si elles sont le reflet ou la conséquence des conduites autistiques, qu'elles peuvent secondairement contribuer à entretenir. Laurent Mottron³⁰ a donné récemment une synthèse des recherches modernes sur la neurophysiologie de la perception chez les sujets autistes. Les recherches les plus récentes mettent en évidence les particularités suivantes : l'autiste tend à porter son attention sur les détails d'une figure plutôt que sur ses aspects globaux ; dans le traitement de la perception des visages humains, l'enfant autiste a tendance à centrer son attention sur la partie inférieure des visages et à éviter les yeux. La perception du mouvement est également particulière comme l'ont montré les recherches de Bruno Gepner³¹,

29 Fonagy P., 2001, *Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. La psychiatrie de l'enfant*, N.2, pp.339-369

30 Mottron L., 2005, *Surfonctionnement et déficits perceptifs dans l'autisme : un même profil de performance pour l'information sociale et non sociale. In L'autisme. De la recherche à la pratique*, sous la direction de A. Berthoz, C. Andres, C. Barthélémy, J. Massion et B. Rogé, Paris, Odile Jacob, pp ; 165-189

31 Gepner B., 2005, *Malvoyance du mouvement dans l'autisme : de la clinique à la recherche et à la rééducation*, in *L'autisme. De la recherche à la pratique*, sous la direction de A. Berthoz, C.

d'autant plus difficile que le mouvement est rapide.

4.2.4. Les recherches de neuro-imagerie

L'équipe de Zilbovicius³² a mis en évidence, grâce à des explorations par résonance magnétique nucléaire (IRM), une diminution de la substance grise dans la région temporale supérieure chez des enfants autistes d'âge scolaire. Les chercheurs expriment toutefois l'impossibilité d'en déduire un facteur étiologique ; il peut tout aussi bien s'agir d'une anomalie fonctionnelle liée aux conduites autistiques elles-mêmes, en particulier l'évitement relationnel. La plasticité du cerveau, notamment au cours de l'enfance, suffirait à expliquer la traduction anatomique d'une anomalie fonctionnelle.

4.2.5. D'autres recherches de causalité et leurs conséquences...

Je ne m'étendrai pas sur les scoops médiatiques qui déferlent dans les médias et nous apprennent la découverte de causes alimentaires, de réactions liées à la vaccination, d'intoxications causées par un défaut de la barrière intestinale... On peut comprendre le désarroi des familles, devant un tel éclatement auquel s'associent des grilles de lecture des troubles et/ou dysfonctionnements très variées.

4.3. Les théories de référence et leurs conséquences

4.3.1. Les théories cognitivo-comportementales

Celles-ci, en pleine expansion, visent la recherche des procédures de traitement de l'information par les sujets autistes. Elles ont conduit à trois hypothèses concernant la nature de l'autisme infantile.

A/ La théorie émotionnelle proposée par P. Hobson³³ postule que ce serait une incapacité à décoder les émotions d'autrui et à exprimer ses propres émotions qui serait à la base des syndromes autistiques.

B/ La théorie métareprésentationnelle s'appuie sur le concept de théorie de l'esprit³⁴. Celui-ci désigne la possibilité qu'a un sujet de se représenter ce qu'un autre sujet ressent, pense ou désire; selon cette hypothèse les sujets autistes n'auraient pas de théorie de l'esprit.

C/ La théorie intersubjective insiste sur le défaut des capacités intermodales des enfants autistes permettant à un âge très tendre d'imiter autrui, c'est-à-dire de reproduire par sa motricité ce que l'on perçoit de lui. Les travaux

dans ce domaine de J. Nadel³⁵ ont confirmé le défaut de conduites imitatives chez les enfants autistes, mais non leur absence complète. Cet auteur a montré que l'autiste n'imitait pas à la demande, mais spontanément lorsqu'il n'est pas sollicité pour le faire. Cela semble indiquer que les conduites d'imitation ne peuvent pas être séparées du contexte relationnel dans lequel se trouve l'enfant. Le défaut d'imitation apparaît plus comme le résultat d'un évitement relationnel que comme un défaut primaire.

En lien avec le modèle cognitif mais ne recoupant pas complètement celui-ci, se sont développées de nombreuses approches éducatives.

Eric Schopler a été un des précurseurs. Il a proposé de comprendre l'autisme comme un handicap définitif en partie éduicable par une méthode comportementale - dont il faut souligner qu'elle se devrait d'être non violente - et d'intégrer des apports pédagogiques. La méthode Teacch³⁶ a été officiellement reconnue comme programme d'état aux USA en 1972. Depuis 1993, sa direction est assurée par Gary Mesibov. Ce programme est enseigné par le SUSAs³⁷ depuis son introduction en Belgique par Theo Peters³⁸. La méthode Teacch est centrée sur la structuration du temps et de l'espace ainsi que l'appui du support visuel. Elle s'adapte principalement au cadre scolaire. Il existe de nombreux types de liens entre les institutions et les classes Teacch (classes dans l'institution, écoles fréquentées par les enfants en dehors de l'institution, école et institution ayant le même PO ou ayant établi une convention de partenariat ...)³⁹.

D'autres approches éducatives ont vu le jour ces 20 dernières années. Le questionnaire adressé en décembre 2011 par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) aux institutions belges qui accueillent des enfants diagnostiqués TED (Troubles envahissants du développement) et âgés de moins de 5 ans reprend un certain nombre de ces approches : ABA (ou analyse appliquée du comportement ou travail au moyen de renforçateurs, des incitateurs, du façonnement...) ; PRT (Pivotal Response Training ou enseignement des comportements pivots, ou interventions comportementales appliquées dans le milieu naturel avec renforçateur naturel...) ; Foortline/DIR-model ou intervention axée sur l'apprentissage de compétences lors de sessions de jeu où l'intervenant suit l'enfant autant que

Andres, C. Barthélémy, J. Massion et B. Rogé, Paris, Odile Jacob, pp.205-226

32 Zilbovicius M. ? Boddaert N., Belin P., Poline J.B, Remy P., Mangin I.F. et al, 2000, Temporal lobe dysfunction in childhood autism: a PET study, *Am J Psychiatry*, 149:924

33 Hobson R. P., 1993 Autism and the development of mind. Hove UK: Lawrence Erlbaum Associates

34 Baron-Cohen S., Leslie A.M. & Frith U., 1985, Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, pp. 37-46

35 Nadel J., 2005 Imitation et autisme, in l'autisme. De la recherche à la pratique, sous la direction de Berthoz A., A. Andres, C. Barthélémy C., Massion J. et Rogé B. Paris, Odile Jacob 2005, pp 343-358

36 Schopler E., 1997, Naissance du programme Teacch : principes, mise en pratique et évaluation, in Parents et professionnels devant l'autisme, sous la direction de R. Misès et P. Grand, Paris, CTNERHI : pp. 191-208

37 Le SUSAs (service universitaire spécialisé pour personnes avec autisme) a été créé à l'Université de Mons par le professeur G. Magerotte.

38 Peeters T., 1996, L'autisme, De la compréhension à l'intervention, Ed. Dunod

39 Constant J., 1997, La méthode Teacch dans un hôpital de jour public. A propos d'une expérience concrète. In Parents et professionnels devant l'autisme, sous la direction de R. Misès et P. Grand, Paris, CTNERHI, pp. 209-230

possible.

Seules les réponses au questionnaire du CSS nous permettront d'évaluer leur présence dans les institutions. Le Système de Communication par Echange d'Image (PECS) m'est davantage connu ; c'est une méthode qui s'adresse aux enfants atteints de Troubles Envahissant du Développement de niveau préscolaire, mais qui est adaptable à tout âge. Le PECS a été créé en 1985 par le Dr Bondy (Psychologue) et Lori Frost (orthophoniste)⁴⁰ et consiste en une série d'enseignements qui permettent d'apprendre à communiquer. Pour l'avoir découvert récemment au CPJ de Marcinelle, le PECS m'apparaît comme un outil intéressant s'il est associé à un projet thérapeutique global auquel participe l'ensemble de l'équipe thérapeutique. Récemment, une collègue, le docteur Soumeya Sebti⁴¹, médecin assistant candidat spécialiste en pédopsychiatrie, durant une année de formation passée au CPJ, a publié un article intitulé « Dessine-moi une journée ». L'auteur y présente, à partir d'un cas clinique, les synergies entre une approche psychodynamique et des stratégies psycho-éducatives, entre autres la méthode Pecs, dans la prise en charge de jeunes enfants à l'hôpital de jour.

Ce qui ouvre mon propos aux différentes théories psychodynamiques et en particulier à la psychanalyse.

4.3.2. Les modèles psychanalytiques

Les théories psychanalytiques sont plurielles et ont évolué au fil des années. Le climat actuel est particulièrement dominé par des oppositions virulentes voire violentes à l'égard de la psychanalyse. Il convient donc de les prendre en considération et d'oser une mise en débat.

Abordons, tout d'abord, en revenant aux sources, les hypothèses avancées par les psychanalystes qui se sont intéressés à l'autisme ; tout en soulignant que chaque concept investigué mériterait un long développement, que les psychanalystes ne parlent pas d'une même voix et qu'à l'instar de Freud, qui a fait évoluer sa théorisation en l'articulant constamment à sa clinique, ses successeurs ont fait évoluer les théories au fil du temps.

Le traitement psychanalytique de l'autisme pose de manière paradigmatique les enjeux d'un traitement qui ne s'appuie plus sur la parole du patient (souvent absente). En outre, la question du transfert doit être également revisitée. Comme nous l'enseigne Pierre Fédida⁴² « *Dans le champ*

de l'autisme, ce qui spécifie une position psychanalytique se fonde sur la valeur organisatrice pour le psychisme du patient du contre-transfert de l'analyste – par exemple sa fonction contenante au sens de Bion⁴³, sa malléabilité au sens de Marion Millner⁴⁴ – et le postulat que le patient se défend contre des angoisses, fussent-elle impensables ». Là se situe surtout la différence d'approche avec les cognitivistes. Ces derniers méconnaissent le plus souvent la dimension de l'investissement psychique, ses fondements pulsionnels et sa dimension affective.

Toutefois, ce qui favorise l'accès à la symbolisation et au langage chez l'enfant autiste reste un enjeu de nombreuses recherches. Les psychanalystes conçoivent, dans l'autisme, des altérations majeures de la construction de l'espace et du temps (en référence aux travaux de Donald Meltzer⁴⁵), ce qui se traduit bien évidemment par des troubles cognitifs. Pour Meltzer, le monde autistique est caractérisé par la bi-dimensionnalité, qui ne permet que des relations adhésives, et une temporalité circulaire qui rend compte des stéréotypies. Ni le self, ni l'objet n'ont de compartiments internes pouvant contenir des objets sur lesquels pourrait s'exercer l'identification projective, premier mode d'échange véritable. En France, Geneviève Haag a poursuivi ces apports et les a prolongés avec l'enseignement de D. Anzieu⁴⁶ pour constituer sa grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste⁴⁷. Elle a également fondé le CIPPA⁴⁸ (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme) qui vise le partage et l'échange des recherches sur les pratiques et sur l'évaluation de celles-ci ; l'articulation entre les psychanalystes et les autres professionnels impliqués dans les soins aux personnes autistes ; une réflexion autour des meilleures manières d'aider les familles d'enfants autistes à installer entre elles et les professionnels un indispensable partenariat ; les liaisons avec les autres domaines scientifiques concernés par l'autisme.

La théorie lacanienne, quant à elle, est le cadre référentiel de plusieurs institutions belges. Le travail institutionnel prend son départ de l'abord renouvelé des psychoses par Lacan⁴⁹ dans les années 1970. Les élèves de Lacan qui se sont intéressés à l'autisme infantile ont utilisé différents concepts de sa théorie : citons les concepts de forclusion, de jouissance, de topologie du sujet. Selon Virginio Baio, c'est l'ajustement des positions subjectives de chacun qui permet d'être au rendez-vous du sujet. Comme l'écrit l'auteur, « *si chaque partenaire joue ainsi sa partie avec*

40 Frost, L. et Bondy, A., 2005, Le système de Communication par Echanges d'Images : manuel de formation. Tuil, J., 2005, le PECS : le système de communication par échange d'images. Paris : Pyramid Educational. (Dossier de presse)

41 Sebti S., 2011, « Dessine-moi une journée » : synergie entre une approche psychodynamique et des stratégies psycho-éducatives dans la prise en charge de jeunes enfants à l'hôpital de jour, 2011, pp. 1-14 in « Dessine-moi un mouton » Cadre, permanence et temporalité à l'hôpital de jour, XXXIX^e Colloque des Hôpitaux de jour psychiatrique, 7 et 8 octobre 2011, Saint Lô, France

42 Fédida P., 1990, Auto-érotisme et autisme. Conditions d'efficacité d'un paradigme en psychopathologie ; *Revue Internationale de Psychopathologie*, 2, 1990, Paris, Puf

43 Bion W.R., 1962, Learning from experience, New York, Basic Books

44 Milner M., 1977, Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole, tr. Fr., 1979 in *Revue de Psychanalyse*, n. 5-6, p. 844-874

45 Meltzer D. et coll., 1975, Explorations dans le monde de l'autisme, Paris, Payot

46 Anzieu D., 1995, Le Moi Peau, Dunod

47 Haag G. et Coll, 1995 *op.cit*

48 <http://old.psynem.org/cippa/>

49 Lacan J. 1999, Les psychoses. Le séminaire T3, Paris, Le Seuil

sa tactique propre et suivant la stratégie de l'ensemble, il en résulte une multiplication d'offres qui favorisent le surgissement d'une bonne rencontre pour le sujet. Ce réseau des offres, ce champ d'interventions vectorisées par une stratégie d'équipe crée un climat de désir »⁵⁰. Cette orientation s'est poursuivie avec l'enseignement d'Antonio Di Ciaccia dont la publication sur « La pratique à plusieurs »⁵¹ fait référence dans un grand nombre d'institutions.

4.3.3. Les théories systémiques

En Belgique, elles orientent des pratiques cliniques dans le champ de l'autisme ; citons, entre autres, les travaux d'Etienne Dessoy (un des membres fondateurs de la « Ferme du Soleil » à Soumagne) qui a tenté de montrer l'isomorphisme entre le fonctionnement familial et le fonctionnement institutionnel. Il modélise ses travaux dans sa thèse défendue en 1991, *Ambiance, éthique et croyances, les trois foyers organisateurs d'un milieu humain*⁵². Ses recherches lui ont permis de proposer une façon originale de percevoir la famille et l'institution selon une même perspective organisationnelle et d'articuler la problématique personnelle de l'enfant avec la dynamique des différents milieux qu'il fréquente. L'originalité de ses élaborations fut de faire appel à des mécanismes très « archaïques » pour tenter de comprendre les bases du fonctionnement des systèmes à partir d'une communication « primitive » liée à l'ambiance et au contact.

En outre, la systémique est également un référentiel porteur dans plusieurs institutions de par les ressources qu'elle offre concernant le travail avec la famille. Je pense également aux nouveaux dispositifs d'accompagnement de la fratrie d'un enfant autiste qui s'appuient sur ce référentiel.

4.3.4. La psychothérapie institutionnelle

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle inspire également de nombreuses équipes. La référence à l'enseignement de Jean Oury⁵³ permet de situer la notion de « constellation transférentielle » comme opérateur dans l'accompagnement de l'enfant. Il s'agit de rassembler et de partager son engagement, particulier à chacun des professionnels de l'équipe (éducateurs, infirmiers, thérapeutes du développement, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues, pédo-psychiatres, assistants sociaux...), dans un lien de parole ; dans un climat de confiance et dans une forme adaptée du collectif pour l'enfant autiste. Ce qui donne du sens, dans ce travail d'élaboration, va changer la manière dont chaque membre

50 <http://ch-freudien-be.org/ri3-reseau-institutions-infantiles/>

51 Di Ciaccia, A., 2005 A propos de la pratique à plusieurs, Feuillets psychanalytiques du Courtil, 06/2005, n°23, pp. 11-22

52 Dessoy E., 1991, *Ambiance, éthique et croyances, les trois foyers organisateurs d'un milieu humain. Une approche psychogénétiq*ue préparatoire à l'abord de l'autisme, edit. La Ferme du Soleil, Soumagne, 600p

53 Oury J., 1993, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelles*, dans l'apport Freudien : éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse, sous la direction de Pierre Kaufmann, Paris, Bordas

de l'équipe va considérer l'enfant. Comme l'écrit A. Brun « L'autisme confronte les soignants, sans doute davantage que bien d'autres pathologies, à des questions éthiques, inscrites au cœur même du quotidien, dans toute prise en charge institutionnelle »⁵⁴. En outre, ce qui est fondamental dans la psychothérapie institutionnelle est la qualité d'accueil et d'accompagnement du patient. Accompagner, c'est être aux côtés de l'enfant et de sa famille, repérer ses centres d'intérêts, si petits soient-ils, être dans un travail d'attention pour soutenir les émergences, les élans à l'interaction, l'ouverture relationnelle. C'est garantir que quelque chose se passe. C'est donc un choix de sécurité par le lien dans un cadre où la notion psychanalytique de « fonction contenante » est essentielle. Elle est proposée comme référence soutenant les pratiques et utilisée pour analyser et élaborer ce qui se passe.

P. Kinoo et son équipe dans l'ouvrage *Psychothérapie institutionnelle d'enfants, l'expérience du Kapp*⁵⁵ écrit que « La psychothérapie institutionnelle, c'est plus que le cadre qui maintient plusieurs modèles assemblés ; c'est l'ensemble des élaborations de chacun qui se rencontrent et donnent à un moment donné une représentation du fonctionnement institutionnel avec ses convergences et ses divergences. ... c'est permettre à une série de pièces de tenir ensemble, organiser le projet thérapeutique et donner le sens au travail »⁵⁶. L'auteur a tenté de modéliser ce fonctionnement en un diagramme composé de trois ensembles inter-reliés entre eux. Le soin qui comprend la psychothérapie individuelle et familiale, les rééducations logopédiques et psychomotrices constituent le premier diagramme ; s'y inscrivent également les soins somatiques (relations avec les pédiatres et neuropédiatres). L'éducatif ou champ de la socialisation de l'enfant représente le second ensemble. Le troisième est celui de la construction cognitive, des apprentissages techniques. P. Kinoo développe, dès lors, tout ce qui vient s'articuler à l'interstice de ces trois grands ensembles et inscrit la psychothérapie institutionnelle en son centre. Celle-ci permet de situer toute activité, tout atelier, tout moment de la journée comme ayant une dimension thérapeutique.

Cependant, si ces différents modèles sont d'une énorme richesse clinique, ils posent des questions complexes quant à la question de l'ouverture possible d'un courant de pensée à d'autres apports.

La fédération des structures psychothérapeutiques⁵⁷ met bien en évidence que dans les institutions qu'elle fédère « Il n'existe pas de dogmatisme théorique. Les référentiels à l'origine de la création des centres appartenaient au courant de la psychothérapie institutionnelle, de la psychanalyse appliquée et de la systémique. Au fil du

54 Brun A., 2008, Questions éthiques et autisme en pratiques institutionnelles, pp. 137-149, in *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques*, Ramonville-Saint-Agne, Erès

55 Kinoo. P. (sous la coordination de), 2012, *Psychothérapie institutionnelle d'enfants, l'expérience du Kapp*, Ramonville-Saint-Agne, Erès

56 Kinoo P., (sous la coordination de), 2012 *op. cit.*, p.22

57 <http://www.fspst.be/>

temps, l'approche cognitivo-comportementale a rejoint les pratiques de certains centres (en particulier avec la méthode Teacch pour les questions d'apprentissages scolaires). L'orientation commune cependant consiste en l'idée qu'aucune technique ne peut s'appliquer de manière systématique et que, tout au plus, elle peut constituer une offre que l'enfant est susceptible de décliner ».

Depuis une vingtaine d'années, des psychanalystes ont également construit des ponts avec des chercheurs non psychanalystes, comme J. Nadel⁵⁸ sur l'imitation précoce, C. Trevarthen⁵⁹ sur le dialogue émotionnel dans les échanges sonores très précoces et André Bullinger⁶⁰ sur les sensorialités et les « plate-formes sensori-toniques et tonico-émotionnelles ».

4.4. La grande diversité voire la disparité des prises en charge et le manque de coordination sur le plan des politiques psycho-médico-sociales.

Dans un article en cours de publication, intitulé « *Les avatars du lien dans l'histoire d'un enfant autiste* » que j'ai co-rédigé avec Frédérique Van Leuven⁶¹, nous reprenons, à partir d'une étude de cas, combien lorsque l'autisme est lourd et qu'il est accompagné de troubles neurologiques, le parcours de ces enfants peut être extrêmement chaotique. Or, ceci peut renforcer leur « désappartenance » à la société. Ceci, d'autant plus que leur place n'est souvent pas très claire : ils sont parfois exclus des institutions pour handicapés et renvoyés vers des structures hospitalières qui ne peuvent assurer que des prises en charge limitées dans le temps. La question que nous posons est sociétale. La société peut-elle penser leur place pour qu'ils ne soient plus des « errants » renvoyés d'une institution à l'autre, mais bien des sujets accueillis avec leur souffrance ?

Il est difficile, aussi, de pouvoir travailler le passage d'un enfant d'une institution à une autre. Le risque est, à chaque fois, de quitter l'institution précédente et de ne pouvoir y revenir, sans pour autant être certain que l'institution suivante soit adéquate. Pourtant, il est fondamental pour l'enfant de pouvoir prendre le temps d'investir une nouvelle équipe et d'aborder la transition d'une façon non dangereuse, c'est-à-dire en continuant à travailler avec l'équipe qui l'a porté jusque là, et de lui laisser indiquer le moment où il est prêt, quand il a pu investir la nouvelle équipe. Et pour celle-ci, il peut être important, si elle est trop en difficulté, de pouvoir ré-adresser le jeune à l'ancienne. Cependant, les institutions se doivent aujourd'hui de

définir un public cible, un projet, une durée de travail... Cette évolution rend extrêmement compliqué le maillage de liens interinstitutionnels.

Lors de mon parcours clinique, j'ai été confrontée à de nombreuses impasses. Ce sont principalement mes collègues assistants sociaux et les parents des patients qui vivent, en première ligne, les incohérences d'une politique extrêmement cloisonnée.

En communauté française, la reconnaissance de l'autisme comme un handicap spécifique officialisée en 2004 a transformé la population des structures AWIPH sans avoir donné aux équipes le temps et les moyens pour se former à cet accueil spécialisé. Comme le soulignait Francis Turine⁶² lors de la journée d'étude du 21 septembre 2007, à l'occasion du 30^e anniversaire du Centre de Psychiatrie infantile « Les Goélands », intitulée « Malaise dans l'institution », les malaises dans les institutions qu'elles soient du secteur Awiph ou psychothérapeutique sont nombreux. Toutefois, nous dit-il également, ces mêmes institutions déploient des trésors d'inventivité pour accueillir les enfants et les adolescents dont elles ont la responsabilité.

Pour conclure

Les nombreux enfants que j'ai vu s'ouvrir à la relation, s'apaiser dans le lien à l'autre, élargir leurs intérêts, s'aventurer dans le champ des apprentissages scolaires... soutiennent la nécessité de transmettre, non seulement entre professionnels mais également aux parents et aux pouvoirs de tutelle, ce qui est opérant au cas par cas. Il me semble également indispensable de pouvoir énoncer les limites de nos interventions. Déjà dans les échanges pluridisciplinaires, il est souvent périlleux et complexe, d'articuler les regards et les positions différenciées. Les réunions d'équipe autour du démarrage d'une prise en charge logopédique ou de l'inscription d'un enfant en classe nécessitent de tenir constamment en tension nos repères concernant la construction psychique du sujet et les adaptations nécessaires de la socialisation.

Des questions se posent aussi concernant la transmission de ce qui fait changement ; ce qui ouvre un débat concernant l'évaluation. Pour avoir participé comme membre fondateur de la Lice⁶³ aux échanges souvent vifs et contradictoires avec l'INAMI concernant l'évaluation de ce dispositif de soin, j'avais souligné avec ma collègue Eliane Pirard, médecin directeur de l'institution, lors du colloque organisé par le Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale et intitulé « Evaluer l'Evaluation »⁶⁴, combien les outils d'évaluation doivent être pensés par les équipes. Selon B. Golse : « *Aucun outil d'évaluation ne*

58 Nadel J., 2005, Imitation et autisme, in L'autisme. De la recherche à la pratique, sous la direction de A. Berthoz, C. Andres, C. Barthélémy, J. Massion et B. Rogé, Paris, Odile Jacob, 2005, pp.343-358

59 Thervaten C et Aitken K., 1996. La fonction des émotions dans la compréhension des autres, dans *Les cahiers du CERFEE*, Centre de recherche formation enfance éducation, n° 13, Autisme et régulation de l'action ?

60 Bullinger A., 2004, Le Développement sensori-moteur et ses avatars, Ramonville-Saint-Agne, Erès

61 Frankard A-C et Van Leuven F., 2012, Les avatars du lien dans l'histoire de l'enfant autiste, article en cours de publication

62 Turin F. (Editeur responsable), 2007, Malaise dans l'institution, Journée d'étude du 21 septembre 2007 à l'occasion du trentième anniversaire du Centre de Psychiatrie infantile « Les Goélands »

63 La Lice, unité ambulatoire des troubles interactifs précoces, est un centre conventionné INAMI, situé 520, chaussée de Wavre à 1040 Bruxelles

64 «Evaluer l'Evaluation», 2005, Colloque organisé par la LBFMS et l'IWSM, Bruxelles, Centre culturel d'Auderghem, 25 et 26 avril 2005

peut être efficace s'il n'est pas secrété par une équipe qui l'investit en tant que sa propre création. C'est seulement à ce prix que l'évaluation peut faire figure de véritable processus de recherche-action-formation»⁶⁵.

Sur bien des dimensions, nous rejoignons les associations de parents qui réclament la nécessité d'une prise en charge précoce des enfants ainsi qu'une meilleure coordination des politiques de soin et d'accueil. La création des Centres de Référence pour l'Autisme en 2005 est déjà une démarche en ce sens ; cependant tant les professionnels que les familles souffrent d'une articulation difficile entre le diagnostic et la prise en charge et, lors de celle-ci, entre les différents professionnels impliqués au long cours dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

Anne-Christine Frankard

65 Golse B., 2001, Lignes de force de l'évaluation en psychiatrie infantile-juvénile, *Psychiatrie française*, XXXII,2, 34-38

La boulimie, à quoi ça sert ?

Comment nous orienter pour traiter un symptôme ?

La psychanalyse, celle qui est en synchronie avec le monde contemporain, ne considère plus l'autorité comme Freud la considérait de son temps. Elle prend acte de l'effondrement de l'autorité traditionnelle, de ses mutations et de l'effacement des figures classiques qui l'incarnaient. Ainsi, la psychanalyse offre une écoute qui permet aux sujets déboussolés d'être responsabilisés.

En effet, dans notre monde contemporain, où la logique comptable est dominante et la parole ravalée sous de multiples questionnaires, le concept d'autorité est devenu désuet. Certains, nostalgiques du passé voudraient réinstaller le maître, le père, l'idéal autoritaire. D'autres, guidés par le progrès imagine que la science règlera tous les problèmes de l'humanité et que l'homme pourra se vivre comme une machine, délivré d'affects et de sentiments. Alors, comment les sujets se débrouillent-ils dans un monde dans lequel on ne peut plus prendre appui sur la morale et les idéaux de papa, mais pas non plus sur le discours de la science dont les progrès mènent insidieusement au pire ?

Les êtres parlants que nous sommes sont en déséquilibre constant parce qu'ils sont immergés dans l'existence avec des clocheries, des souffrances propres, des aspirations et des satisfactions bizarres qui ne sont pas résorbables. L'idée même de guérison, mais aussi celle d'adaptation sociale est problématique. Comme nous le verrons, le traitement se centrera plus sur l'invention, le bricolage tenant compte des bizarreries de chacun que sur des rectifications vers des comportements normaux ou sur l'éradication des symptômes. La question qu'il s'agit de se poser est de savoir à quoi sert un symptôme plutôt que de se demander comment l'éradiquer.

Donc, si la psychanalyse appliquée implique bien évidemment une dimension de soulagement, d'apaisement, nous ne définissons pas le symptôme comme dysfonctionnement auquel il faudrait remédier à partir d'un usage prédéfini d'une norme préétablie. Au contraire, nous partons de l'hypothèse que le symptôme a une fonction, qu'il sert à quelque chose.

Parler de « la plus délicate des transitions » comme V. Hugo nomme si joliment le passage à l'âge adulte, n'est-ce pas déjà une manière radicalement différente d'appréhender cette période plutôt que de parler de « crise d'adolescence » expression qui stigmatise les jeunes sans distinction ? Il s'agit alors de redonner son sens à cette dite crise qui renvoie à la tâche difficile qui est de se séparer

de l'autorité parentale comme le disait déjà Freud en 1909. Ainsi, ces trois jeunes filles qui se gavent et se font vomir ; toutes les trois sont par ailleurs de brillantes élèves. Elles ingurgitent et régurgitent le savoir comme la nourriture. Pour les trois également, ce sont les mères qui isolent le symptôme et font appel à un « psy. Mettre en série ces traits particuliers n'est pas équivalent à faire des catégories. Avec ces dernières, nous réduisons le sujet à un symptôme en niant le rapport qu'il a à ce symptôme. A partir d'un même symptôme et d'une semblable configuration, nous allons voir qu'il s'agit de traitements différents.

Dans le premier cas, la boulimie lui sert à tenir à distance ses idées délirantes.

Dans le deuxième cas, là où le sujet est fixé à une identification maternelle, il s'agira d'un effet de séparation de l'objet oral qu'elle est pour sa mère en « la » vomissant. Dans le dernier cas, l'amour inconditionnel du père la pousse, selon ses dires à « le provoquer pour qu'il se détache d'elle ». Elle poursuit assidûment son travail analytique.

Deborah

Je commence par le cas le plus difficile et je dirais même le plus dramatique. Pas question ici de résultats thérapeutiques durables ; elle n'est jamais à l'abri d'un passage à l'acte. J'extrai l'essentiel du cas parmi les éléments extrêmement diffus et confus.

Deborah vient de terminer brillamment ses humanités et ne sait pas ce qu'elle veut faire. Elle est envoyée par sa mère et me dit d'emblée qu'elle va bien, sauf une chose qui la « contamine » : elle se fait vomir et trouve que c'est un symptôme honteux lié à notre société, symptôme impensable dans le passé et dans les milieux populaires, dit-elle. Elle a décrété que « d'un point de vue strictement numérique » son poids était excessif. Cela veut dire qu'il y a une norme chiffrée, le poids d'une copine que toutes les filles de son âge devraient peser.

Très vite, elle me dit qu'elle n'est pas sûre de continuer à venir me voir, parce qu'elle a décidé de quitter la société humaine. Elle pensait que le problème était la boulimie, mais c'est une angoisse centrale qui la mine. Elle me dit qu'elle pense trop au retour perpétuel, qu'elle est le centre du monde et qu'elle ne peut pas rester parmi les gens.

Elle ne parle plus de boulimie pendant un temps, mais décline ses idées délirantes et très inquiétantes. Elle pense alors que peut-être rien n'existe, que tout est son invention et qu'elle est un simple dieu qui a une mission. Elle évoque le lien à son père : « il pense comme moi, je suis le prolongement de sa vie ; lui sait que la solution à

long terme est de m'installer seule loin des humains. » De ce délire à deux, elle prendra un peu distance, mais la rancoeur qu'elle voue à sa mère ne s'estompe pas. Elle lui reproche de la considérer comme une malade mentale. Pendant un temps, elle se branchera sur le bouddhisme, sur la langue parfaite de Bouddha ; elle dit que cela l'aide beaucoup, ce n'est pas une religion répressive, elle sent un message qui lui est adressé. Ce branchement lui permet d'écrire des poèmes et de se sentir mieux. Je l'encourage, mais très vite elle m'explique que « Bouddha ça n'est pas que spirituel, c'est aussi physique : elle éprouve des phénomènes de corps bizarres et angoissants. Ce travail minutieux sur la foi par le biais de l'écriture lui a permis pendant un temps de mettre à distance l'idée délirante de s'extraire du monde des humains et d'éviter ainsi des passages à l'acte. Mais, l'idée de quitter la société fit retour.

Je tente alors de la rebrancher sur la boulimie.

Elle construit une interprétation délirante sur le début de ses vomissements : elle veut se déculpabiliser de la mort d'un cheval qu'elle adorait et qu'elle aurait trop nourri. Il en serait mort parce que les chevaux ne peuvent pas vomir. Le soir de l'événement, sa mère l'oblige à manger ; c'est le premier souvenir d'un repas avalé sans appétit. Il y a un avant et un après. Depuis, chaque fois qu'elle a une crise, c'est comme si elle devait mourir comme lui ; vomir est une délivrance.

Par ailleurs, elle cherche sur internet la définition de la boulimie : elle y trouve une description à laquelle elle s'identifie. C'est donc une maladie et cela lui donne une identité. Elle ajoute que quand elle mange, elle ne pense pas. En effet, il vaut beaucoup mieux qu'elle ne pense pas puisque sa pensée file aussitôt dans une infinité d'associations qui la ramène toujours à la certitude qu'elle doit disparaître.

Dès lors, pour Deborah, la boulimie a une fonction de nomination : dire « je suis une boulimique » permet par un traitement minutieux et pragmatique du symptôme de tenir à l'écart ses passages à l'acte suicidaires.

Marlène

Ici nous allons voir un cas bien différent dont le traitement dura 5 séances. Il s'agissait plus de fermer que d'ouvrir de nouvelles questions et de centrer le traitement sur le symptôme parce que cette jeune fille est fragile et n'est pas prête à se questionner ni à remettre en question les idéaux maternels. La mère m'appelle donc pour prendre un rendez-vous pour sa fille et me dit son inquiétude parce qu'elle se fait vomir quotidiennement et qu'un médecin a dit qu'elle devait aller parler à un psy sinon elle allait mourir. Le jour fixé arrivait la mère, le père et cette jeune fille en larmes. Elle ne veut pas venir ; les parents ne lui avaient pas dit qu'ils avaient pris un rendez-vous chez un psy. Je marque mon désaccord aux parents et propose qu'elle revienne à un autre moment si elle veut. Elle accepte

aussitôt de rester. Après un échange avec les parents qui confient leur inquiétude, nous avons un moment à deux. Elle pleure et me confie tout bas qu'elle est la mal-aimée de la famille. Je lui propose de revenir seule. A la seconde séance, elle explique comment la boulimie a commencé : à la puberté, la conjonction de deux paroles, d'apparence anodine l'a marquée. D'abord sa mère la met en garde sur les risques de grossir à l'adolescence ; ensuite, un copain lui dit qu'elle a grossi. C'est alors qu'elle commence des régimes. Ensuite, et parce qu'elle adore manger, elle découvre le mécanisme du vomissement. Elle se gave et puis vomit. Sur le plan scolaire, elle est brillante ; cela ne pourrait pas être autrement d'ailleurs. Elle ne veut pas décevoir ses parents. Elle m'expliquera aussi qu'elle ne vomit que dans un w-c précis, jamais ailleurs. Par ailleurs, elle se demande pourquoi elle doit être parfaite. Elle me demande de voir sa mère qui lui dit que cela ne sert à rien qu'elle vienne chez moi puisqu'elle continue à se faire vomir !

La mère vient et m'explique son lien difficile à sa propre mère. Elle évoque sa rigidité, son exigence de perfection physique et professionnelle, son obsession d'être mince. Elle ajoute qu'elle comprend sa fille puisqu'elle est comme elle. Je marque un certain étonnement dans cette supposée évidence et je lui demande de laisser un peu de temps à sa fille et de lui faire confiance. Après cet entretien, Marlène est radieuse, elle n'a plus vomi depuis 6 jours ; elle a pris l'initiative de donner la clé de son w-c à sa mère et du coup, elle ne vomit plus puisqu'elle ne vomissait que là !

A la séance suivante, elle me confie qu'elle se méfie des gens, qu'ils sont jaloux de sa famille. Elle explique que tous les autres sont bêtes et qu'elle est exclue parce qu'elle est intelligente. Cette pointe mégalomane qui surgit me semble indiquer une autre direction. Elle ne vient pas à la séance suivante et ne m'appelle pas. Je l'appelle et elle me remercie. Elle n'osait pas dire qu'elle était malade. Je la fais venir et elle m'explique qu'elle m'a confié quelque chose qu'elle n'avait jamais dit à personne, mais qu'elle souhaite arrêter les entretiens *pour le moment*. J'accepte. J'apprends un an après qu'elle va très bien, a réussi brillamment à l'université, ne vomit plus, garde une relation stable avec son copain, a la même rigidité que sa mère, mais cela lui convient...*pour le moment*. Elle conserve mes coordonnées dans son portefeuille.

L'entretien avec la mère et ce qu'elles ont échangé ensuite constitue probablement une séquence importante. Qu'a-t-elle fait en donnant la clé à sa mère ? Le collage aux idéaux maternels l'empêche de s'en séparer ; elle préfère s'y soumettre. Donner la clé est une manière de s'en remettre à elle et non de décider. Je fais l'hypothèse que ce qu'elle est venue vomir chez moi est en lien à la jouissance maternelle dont elle est l'objet. C'est dans le même temps où elle l'ouvre pour évoquer cette mégalomanie familiale qu'elle cesse de vomir. Elle a craché le morceau. Il y a un bénéfice thérapeutique incontestable. En effet, elle est soulagée d'être débarrassée de ce symptôme invalidant. J'ai pris son dire à la lettre en considérant que son « pour

le moment » était à entendre. Si elle revient, c'est qu'elle veut en savoir plus, sinon c'est qu'il vaut mieux ne pas en savoir plus.

Clara

Au premier entretien, elle vient avec sa maman ; elle est avachie et éteinte ; elle va chez un psychiatre qui la fait se peser à chaque début d'entretien et la gronde si elle n'a pas perdu les 300 gr prescrits ; il lui donne également un antidépresseur. Elle ne va plus à l'école depuis 3 semaines.

Clara est ce que l'on pourrait appeler une enfant désirée ; 15 ans d'attente pour les parents ! En effet, elle fait son entrée dans le monde après plusieurs tentatives d'insémination artificielle sans résultat.

Avant l'entrée à l'école, aucune difficulté n'est relevée. Mais, dès l'âge de 6 ans, l'infirmière de l'école évoque le *surpoids*. Elle est stigmatisée et on lui interdit coca et chips. Elle qui n'en mangeait jamais, s'y met ! A l'école, elle est une très bonne élève ; elle précise qu'elle doit toujours tout savoir au point qu'elle voulait savoir lire avant d'arriver en primaire.

Clara entre très rapidement dans le discours analytique. A la deuxième séance, elle vient seule et m'annonce qu'elle est retournée à l'école. Elle a eu une interrogation en néerlandais ; sa mère lui avait fait tout répéter et elle connaissait parfaitement toutes les expressions idiomatiques. Au contrôle, plusieurs d'entre elles lui échappent. Je lui demande alors lesquelles. D'abord, elle ne comprend pas ma question et puis son regard s'illumine et elle s'exclame : « avoir une faim de loup ! » Les autres expressions étaient aussi en lien à l'oralité. Je lui explique alors ce que sont l'inconscient et le refoulement.

Dès lors, elle viendra assidûment interroger cet inconscient qui se met à l'intéresser. Elle décline le lien étouffant à ses parents, les crises qu'elle fait pour tenter de s'en détacher. Mais tout ce qu'elle fait lui est pardonné ; ils l'aimeront toujours.

Que tirer de son parcours analytique ? Une grande rigueur, un effort pour bien-dire malgré quelques régulières sorties de scène pendant 2 ou 3 semaines. Elle passe par des phases de révolte, elle va loin dans ce qu'on appelle peu judicieusement la provocation à l'égard du père : crise de tétanie, hurlements, percing, tatouage ! Au fil des entretiens s'avère un amour sans limites du père pour sa fille ; il lui pardonne tout, quoi qu'elle fasse. Les parents restent ensemble « pour elle » .

Elle parle très peu de sa « dite » boulimie ; c'est le discours médical qui la décrète ainsi. Elle ne se trouve pas si grosse. Elle m'annonce d'ailleurs après quelques mois qu'elle ne se fait plus vomir, qu'elle a perdu 5 kg, qu'elle a bien des moments où elle s'empiffre, mais cela ne lui pose plus problème. Elle me dira aussi qu'elle a arrêté ses antidépresseurs, mais ne le dit pas à sa mère pour ne pas l'inquiéter. Elle explique que toutes ses mises en scène

visent une réaction du père : qu'il lui dise non.

Un tournant essentiel se produit dans la cure à partir du moment où elle énonce que ce n'est pas lui qui doit se détacher d'elle, mais elle de lui. Cela change tout ! Il faut dire que cela demande une certaine détermination que je soutiens. En effet, elle doit s'efforcer de dire non à ce qui serait plus facile. Elle s'y attèle sérieusement. On peut dire à présent qu'elle s'est bien détachée de son père et peut enfin questionner ce qu'il en est de sa sexualité. Au fil de la cure, cette jeune fille se transforme dans son aspect physique, mais aussi, et surtout dans son énonciation. Elle dégage en effet une légèreté toute nouvelle dans sa recherche du bien-dire dans lequel elle se définit autrement que comme une boulimique. Je dirais qu'au-delà des effets thérapeutiques indéniables, nous avons ici ce que j'appellerais des effets analytiques c'est-à-dire un désir de savoir et non un devoir d'accumuler des connaissances et un enthousiasme pour l'inédit à la place de la phobie du nouveau.

Conclusion

Alors, y a-t-il un traitement de la boulimie ? Faut-il interdire certains aliments ? Peser le sujet qui en souffre et le culpabiliser ? Lui donner des substituts pour moins manger ? Lui suggérer des « trucs » pour arrêter le processus de dévoration ? Y a-t-il une méthode, un remède qui guérirait les sujets souffrants de ce symptôme ?

La boulimie - symptôme par excellence de notre civilisation contemporaine dans laquelle le pousse à la consommation d'objets vient à la place des idéaux - ne signifie pas la même chose pour chaque cas. Elle a pour chacun une fonction différente qu'il faut d'abord élucider pour savoir s'il s'agit de l'éradiquer, de ne pas trop s'en occuper ou au contraire de la faire consister pour parer au pire.

Pour conclure, ces trois cas nous apprennent qu'il est plus judicieux de privilégier une lecture du symptôme et du mode de jouissance singulier à chaque sujet plutôt qu'une clinique centrée sur le symptôme universalisable. Le symptôme est en lien à l'histoire d'un sujet et ne peut être isolé. Je pense qu'il ne faut pas confondre le symptôme et la réponse au symptôme. Il n'y a pas de cure-type, pas de symptômes-types, que des variantes. Si l'on met l'accent sur le monosymptôme alors il est essentiel que la réponse ne soit pas monothérapeutique. En effet, dans le cas de Clara, très rapidement ce n'est pas cela qui est mis en avant, et même cela devient très vite secondaire. Par contre, pour Déborah, si l'on se fixait comme objectif la suppression du symptôme, cela aurait empêché sa fonction apaisante d'autonomination. On voit dans ce cas que le symptôme est lui-même un mode de traitement. Et enfin, Marlène indique très vite qu'il faut l'éradiquer pour pouvoir entretenir sa « boulimie » d'accumulation du savoir et être « la meilleure, la première » à l'école...pour le moment.

« De toute façon, c'est Dieu qui décide ! »¹

1 Version longue de l'Intervention donnée au Colloque « Psychose, parcours, rythme : les cliniques plurielles et de proximité dans le milieu de vie » organisé par le Club André Baillon, les 1^{er} et 2 octobre 2010.

Anne Debecker – Intervenante à l'IHP Prélude –
Bruxelles – membre de l'ACF-Belgique.

Introduction

« Les initiatives d'habitations protégées constituent une offre « légère » d'encadrement pour des sujets psychotiques qui souhaitent quitter l'hôpital ou une structure psychiatrique alternative, mais ils ne veulent pas ou ne sont pas autorisés à chercher un logement ordinaire.

La rencontre se fait autour du signifiant « habiter ». À partir de là, on pourrait croire que nous accompagnons des sujets stabilisés qui veulent tester ou améliorer leurs capacités d'autonomie quelques temps avant de s'installer, sans plus de protection institutionnelle, dans leur propre logement. La réalité est toute autre.

Bien souvent, « la dite « stabilisation » est précaire. (...) S'il est vrai que la mise au point d'un traitement neuroleptique adéquat et la mise à l'abri plus ou moins longue dans une institution hospitalière ont permis de contenir et d'amoindrir les phénomènes les plus criants de la psychose, il reste à savoir comment ont évolué les désordres structuraux qui sont à la source même des passages à l'acte et du mal-être qui l'ont conduit à son hospitalisation. »²

Nous tenterons de transmettre un style, un mode d'accompagnement d'un sujet en proie à un autre menaçant et malveillant et de montrer les paradoxes de cet accompagnement. Nous sommes en effet, au fil des mois, devenu pour Ariette, des interlocuteurs fréquentables. Mais paradoxalement, les autres liens sociaux se sont réduits. Le sentiment de solitude serait le prix à payer pour avoir « la paix », « la tranquillité » souhaitées tout en gardant un minimum de contacts acceptables pour elle. D'autre part, nous avons accepté de suivre Ariette dans sa demande de levée de l'administration provisoire de biens en dépit de nos craintes qu'elle ne dilapide ses avoirs. Aujourd'hui, elle n'a plus d'argent mais elle a mis en place un nouvel administrateur. La construction de liens est un travail éminemment délicat, toujours tissé fonction de la particularité du sujet. Dans ce cas, nous avons dû dans un premier temps, nous « laisser faire » dans une déconstruction pour qu'elle construise de nouvelles modalités de rapports avec son environnement.

Entrée à Prélude

Ariette est âgée de 40 ans.

Elle séjourne à Prélude depuis 1.5 ans. Au moment de son arrivée, elle était sous mesure de postcure et avait un administrateur de biens.

Elle a fait deux candidatures complètes. A la première en 2003, alors qu'elle était acceptée et qu'elle pouvait entrer, elle a préféré louer un appartement dit ordinaire.

A la seconde, en 2008, elle dira qu'il est nécessaire, pour elle, d'habiter en IHP parce que parfois elle est fragile et qu'elle a des angoisses.

Quoique ceci dénote d'une différence avec la première candidature, elle maintiendra son souhait de quitter la psychiatrie et l'IHP en est un moyen. Elle prête à sa psychiatre, l'intention de l'enfermer à vie si elle s'oppose à une entrée en IHP.

Nous observons également plusieurs changements : elle parle beaucoup moins, elle vit un sentiment de persécution (les gens lui en veulent) et l'hospitalisation ne jugule pas ses états d'âme. De façon générale, elle est beaucoup plus méfiante, ses réponses aux questions sont brèves et elle se présente voilée. Elle s'est convertie à l'Islam.

La fonction de Prélude pour elle, à ce moment inaugural, reste énigmatique « *Ca enlèvera mes souillures, mais pour cela je dois porter des vêtements blancs. Je voudrais plus de blanchiment.* » Nous entendons qu'elle se vit comme un « objet déchet » ce qui fait poindre un fond mélancolique que la paranoïa traiterait.

Par ailleurs, elle veut avoir la paix et sa tranquillité. Elle veut être libre, c'est-à-dire, elle veut se défaire des liens qui la lient au monde. « *Toutes ces contraintes sont une entrave à ma liberté.* »

Fragments d'histoire

Les éléments biographiques ont deux sources : essentiellement le rapport médical d'entrée et les éléments donnés au compte-gouttes par elle, durant son séjour.

Ariette est placée en institution par le Tribunal de la Jeunesse, de 7 à 18 ans. Sa mère est alors hospitalisée en psychiatrie. Elle porte le nom de sa mère parce que son père était marié. De son père, nous ne savons rien si ce n'est qu'il est décédé en 1993. Tantôt, elle a deux ½ frères et une ½ sœur, tantôt elle n'a que deux ½ sœurs qu'elle ne voit plus.

Elle rencontre son mari dans un parc. Le mariage se conclut rapidement et le couple a un enfant âgé, actuellement, de 9 ans.

En 2001, dans un état de décompensation, elle quitte le domicile conjugal avec son bébé. Après quelques jours

2 VAN de WIJNGAERT Thierry, « *L'habitation protégée : Point d'ancrage de l'Institution invisible* », texte inédit, 2006.

d'errance, elle est hospitalisée à l'unité mère-enfant d'un hôpital bruxellois. La garde de l'enfant est confiée au père. Il s'en suit sept ans d'hospitalisation en alternance avec des essais de vie en appartement. Au dernier essai, Ariette a arraché le papier peint, elle a vidé son appartement de tous ses meubles en les jetant sur le trottoir et pour ne plus y retourner, elle jette ses clés dans une bulle à verre. Elle erre plusieurs jours et refuse de réintégrer son logement. Elle tient des propos délirant, elle dit avoir un virus qu'elle risque de transmettre, elle est méfiante et refuse de répondre aux questions, elle est angoissée. Son discours désorganisé, emprunt d'un délire mystique, elle entend des voix et montre des signes d'incurie.

L'Administrateur de biens a été mis en place en 2005 lors d'une hospitalisation où sa situation sociale s'est dégradée : elle avait fermé son compte en banque, elle ne percevait donc plus ses indemnités d'handicapée, elle n'était plus en ordre de mutuelle et les factures de soins de santé s'accumulaient sans être honorées

Maître du jeu

Ariette fait une séparation entre sa vie privée et l'autre vie. Elle est le maître du jeu. Elle ne veut pas parler de son passé, son ex-mari et son fils font partie du domaine privé. Elle dénie les phénomènes élémentaires qui l'ont envahie et conduite à l'hôpital. Sa lecture de la perte de son appartement va dans le sens d'une accusation du propriétaire. « *L'appartement était insalubre, sans chauffage, des vitres tombaient du 5^{ème} étage. Je voulais que tout ça s'arrête, je voulais mettre fin à tout ça.* »

C'est elle qui doit tenir le gouvernail dans la conversation. Elle peut parler beaucoup, sans discontinuité, mais lui poser des questions est une atteinte à sa vie privée et peut être sanctionné d'une rupture de lien.

L'intersubjectivité où la parole et ses malentendus circulent, ne peut être interprétée que comme signe de la méchanceté et l'intention malveillante de son interlocuteur. Toute parole est une menace et elle est susceptible d'être empoisonnée. Comme elle nous l'annoncera, « *Seul Dieu ne change pas d'avis* », il donc fiable.

Fonction de Prélude

Sa vie est en conséquence organisée par la surveillance et vérification de la position de ces partenaires obligés. Nous en faisons partie tout en étant un rien plus fiables que les autres.

Nous voyons Ariette à chaque permanence dans sa maison, parfois plusieurs fois par jour. Elle dépose ses griefs à l'encontre de son administrateur, elle lui téléphone deux, trois fois par jour, elle déplore la vie chère, elle parle de sa solitude, etc. Elle ne demande rien, il est hors de question que nous lui proposons des alternatives ou des solutions. Elle détient toujours des arguments contre. En somme, c'est elle qui dispose des réponses.

Nous tentons d'adopter une position neutre et de nous appuyer dans nos interventions, sur ce que les lois et le règlement de Prélude indiquent ou nous employons des dictions ou des formules communes. Cette pratique nous dégage de toute intentionnalité malveillante à son égard. Elle ne supporte pas les « à-peu-près » dans une réponse. Il faut qu'elle soit claire et dégagée d'un flou qui introduit une volonté cachée de l'Autre. L'opérateur (le Nom-du-Père) qui lui permettrait de l'accepter n'est pas opérant pour elle.

Par exemple, à la question « *Est-ce que si je meurs, mon argent irait à mon fils ?* », une réponse floue du type « *Je ne sais pas, je vais me renseigner.* » déchaîne l'angoisse et l'interprétation à l'endroit de l'administrateur provisoire de biens. Alors qu'une réponse comme « *La loi prévoit que les enfants soient les héritiers légaux des leurs parents.* », est tout à fait rassurante.

« Il y a du seul fait de l'existence du signifiant pour le sujet, une malveillance qui le vise. (...) A cet égard, on peut supposer à tout autre, une jouissance mauvaise puisque la jouissance d'un autre vous est toujours inconnue. (...) C'est donc un point originel du sujet. »

Mais dans ce cas, l'intentionnalité mauvaise court en continu, le long de la chaîne signifiante. Sans opérateur à sa disposition, elle est l'objet qui choit et à la merci de la volonté néfaste de l'Autre.

Comme nous l'a appris Freud « Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. »³

La fonction de Prélude est donc d'accompagner Ariette dans la construction d'un monde vivable, suffisamment paisible. Cet accompagnement peut prendre des allures paradoxales.

Traitements et revers

Si la parole a son poids de malveillance, en revanche, Dieu – contrairement au Dieu de Schreber – est pacificateur. Dieu décide de son destin. C'est grâce à lui qu'elle rencontrera un mari, qu'elle quittera la psychiatrie. « *Dieu a fait l'homme libre. De toute façon, c'est Dieu qui décide !* » dit-elle, sans prendre la mesure du paradoxe inhérent à cette assertion.

La parole de Dieu est la seule qui vaille. « *Le juge n'est pas Dieu.* » Les lois disent une chose, mais elles sont dictées par un juge qui est un homme et qui peut toujours lui jouer un sale tour. Dieu est immuable. Dieu ne ment pas. Il est unique à toutes les religions. Tandis que les hommes peuvent toujours mentir, leur parole n'est en aucun cas fiable, ils peuvent dire une chose un jour et l'inverse le jour suivant. Fondamentalement, la position humaine est inconsistante. Seule la parole de Dieu est vraie. Dieu protège les hommes et dicte leur destin. « *De toute façon quand on meurt, on n'est pas devant la mutuelle ou le juge, mais devant Dieu !* »

Néanmoins, nous remarquons que depuis son entrée,

3 FREUD Sigmund, « *Cinq psychanalyses.* », puf, bibliothèques de psychanalyse, 18^e édition, juillet 1993, p.315.

sa dévotion à Dieu grandissante et la fréquentation de l'équipe de Prélude, le lien social se réduit à quelques partenaires acceptables. Elle ne va plus à son bénévolat, elle ne fréquente personne mise à part son fils et son ex-mari (quelques minutes.) Le prix de son apaisement est celui d'une solitude grandissante dont elle se plaint parfois. Sans doute, est-ce à la mesure de la menace de l'Autre ! Si Dieu est un traitement contre la méchanceté de l'Autre. Les achats compulsifs de vêtements, de bijoux, d'objets décoratifs en sont un autre.

Je fais l'hypothèse que pour traiter l'ordre symbolique malade, Ariette a recouru à l'imaginaire en traitant l'image de son corps par l'achat de vêtements et de bijoux et par sa projection dans son espace protégé, hors regard et présence de l'autre.

Ordinairement, ce qui est dit est que l'ordre symbolique traite les désordres de l'imaginaire – parler fait du bien et traite les symptômes. Nous avons ici une inversion de cette assertion. Elle nous indique que parler n'est pas bon pour tout le monde et le cas d'Ariette nous le montre puisque la chaîne signifiante (l'ordre symbolique) est en permanence contaminée par une intentionnalité mauvaise. Le sujet a dû inventer d'autres modalités pour traiter ce désordre – à savoir, dans ce cas-ci, le traitement de son image et l'aménagement de son espace protégé.

Accompagnement paradoxal

L'administrateur provisoire de biens, depuis le 1^{er} jour de son séjour à Prélude, est la localisation majeure de son Autre méchant et mal intentionné.

Il veut la voler, lui prendre son argent, la maintenir à vie sous contraintes. Elle lui confère le pouvoir de décider de la poursuite de la mesure de protection, de l'obliger à prendre ses médicaments, ... « *J'ai le droit de gérer mon argent ! C'est du long provisoire, 5 ans. Il ne me lâchera pas, il veut garder tout mon argent. Si je meurs, il prendra tout et mon fils n'aura rien.* »

Elle veut la levée de la mesure d'administration de biens. « *Qu'en pensez-vous ?* » Nous nous tenons à l'explication de la procédure auprès du Juge de Paix. Nous devons répéter de nombreuses fois « *Prélude ne décide rien quant à la levée de l'administration de biens. Notre avis est consultatif. C'est le Juge de Paix qui décide.* »

Comment simultanément dire oui au sujet qui veut rester le maître du jeu afin de ne pas rompre le lien, et non à la jouissance qui le déborde puisque nous apercevons une difficulté à gérer son argent ?

Notre position, « y aller progressivement » dans la gestion financière, dictée au regard de notre expérience, lui apparaît comme un empêchement, une entrave à sa liberté voire une volonté malveillante à son égard. Ce qui l'apaise est notre proposition de l'accompagner dans cette démarche de levée.

Si la localisation de l'Autre méchant, à savoir l'administrateur de biens, n'existe plus, où cela se posera-t-il ? Trouvera-t-elle une autre localisation ou sera-t-elle envahie par le

déchaînement de la jouissance ? Comment va-t-elle gérer ses avoirs ?

Nos essais de planification des dépenses sont restés vains. Il ne faut pas que nous nous en mêlions. « *J'ai le droit de ...* » est son maître mot.

Nous l'avons accompagnée dans toutes les étapes de la levée de l'administration de biens y compris auprès du Juge de Paix qui lèvera la mesure.

Tout ce parcours est émaillé de menaces. « *L'administrateur ne voudra pas lever la mesure, il veut profiter de mon argent. Il va parler dans mon dos.* » « *Le juge ne voudra pas lever la mesure parce que je porte un foulard.* »

Son anxiété est croissante au fur et à mesure que ses arguments reflètent la mauvaise volonté des Autres impliqués dans la décision (l'administrateur, le juge, le médecin, Prélude à l'occasion.) L'impartialité des juges n'a aucun sens pour elle. « *Ils font ce qu'ils veulent des lois !* » « *On s'aperçoit du caractère élastique de l'interprétation délirante, à savoir qu'elle peut avoir une extension énorme ou bien être restreinte.* »[□]

Elle s'apaise momentanément lorsque nous écrivons la requête et agrafons le certificat médical. « *C'est mieux de l'agrafer, ils peuvent toujours le perdre.* » De même, nous devons ensemble, déposer la demande, à la Justice de Paix. Elle pourrait s'égarer à la poste.

Lorsqu'il y a un écrit, l'intention est moins présentifiée. Mais nous devons réitérer à chaque fois, les formules qui soutiennent notre position.

Lors de l'audience chez le Juge de Paix, alors que sa référente est une présence rassurante, le coordinateur-responsable, « *le chef* » détient « *l'autorité et les mots qu'il faut pour défendre sa cause* », dit-elle. Il s'est engagé à ne pas laisser Ariette dans l'embarras. L'engagement auprès de cette autorité possède deux fonctions : il évite le coordinateur d'une intentionnalité propre, mais aussi, il le fait exister comme garant de l'évolution de sa situation financière. Par ailleurs, Ariette vérifiera la sobriété de la position de ce dernier.

En quelques mois, une fois la mesure levée, elle dilapide ses avoirs. « *La vie coûte chère. Je ne suis pas dépensière, j'achète des choses à quelques euros, j'en avais besoin. J'ai le droit de m'acheter ce que je veux. L'argent part vite.* »

Durant cette période, nous la rencontrons beaucoup moins mais toutes les discussions vont dans ce sens « *La vie est chère* ». Nos interventions, il faut bien le dire, inefficaces, invitent à tempérer la fuite démesurée de son actif.

Il arrive de surcroît, une vieille dette de la Stib qui l'affole. Elle se retrouve sans le sous pour vivre et avec une dette conséquente. Loin de s'en cacher, elle tiendra régulièrement le coordinateur au courant de sa situation financière.

Ne voyant pas d'alternative, elle cherche une solution, d'un jour à l'autre, elle avance vers l'idée d'un avocat qui gèrerait ses indemnités et ses dettes, sans contrainte. Mais le mandat peu clair qu'elle confèrerait à cet avocat la conduit à la solution d'une nouvelle désignation d'administrateur provisoire de biens qui elle est régie par

des lois. « *L'administrateur ne peut pas faire comme il veut, il doit rendre des comptes au Juge de Paix.* » lui dit-on.

Nous l'avons suivie dans son labyrinthe, émettant des arguments pour/contre, nous lui avons posé des questions qui in fine, l'ont amenée à sa décision finale, la désignation d'un nouvel administrateur.

Dans le sens inverse, si je puis dire, sous la direction d'Ariette, nous entamons jusqu'à son terme les démarches nécessaires.

Conclusions

Nous avons tenté de vous montrer deux paradoxes dans notre accompagnement.

Le premier : face à la menace constante dont elle doit en continu, se protéger, nous avons décidé d'une position de neutralité, utilisant des dictons ou des formules communes pour devenir un autre fréquentable pour Ariette. Ceci ne l'a pas conduit à expérimenter d'autres contacts ou liens sociaux que du contraire. Ceux-ci se sont amoindris au fur et à mesure de son apaisement dans les rencontres qu'elle a suscitées à Prélude. Peut-être est-ce le prix à payer pour construire une vie plus paisible ?

Le deuxième : l'horizon de la levée de l'administration provisoire de biens, provoquait quelques craintes de la part de l'équipe. Si la localisation de l'Autre méchant, à savoir l'administrateur de biens, n'existait plus, où cela se poserait-il ? Comment allait-elle gérer ses avoirs ? Nos appréhensions étaient d'une part portées sur un déchaînement de son Autre méchant non plus localisé mais généralisé (ce qui ne s'est pas produit) et d'autre part, la fonte de ses avoirs. Néanmoins, nous l'avons accompagnée en ce sens, nous l'avons suivie dans ses dédales et l'hémorragie financière jusqu'à ce qu'elle trouve elle-même, la solution la plus adéquate. Elle a perdu son argent mais un lien social nécessaire s'est reconstitué.

Anne Debecker

D'un traitement psychanalytique de la dépression.

Récit clinico-théorique¹.

¹ Une première version de ce cas clinique ainsi qu'un développement théorique plus succinct a été publié dans la revue Psychiatrie Française sous le titre « Subjectiver la haine », Vol XXXVIII 3/07, Octobre 2007.

Résumé

Cet article est basé sur un récit clinico-théorique. Nous partons donc du récit d'une cure analytique en face en face avec un homme déprimé. Alors que la présentation de ce patient nous renvoie a priori au champ de la névrose, sa façon énigmatique d'habiter son discours va nous amener à une série de perplexités. Perplexités qui vont petit à petit s'estomper, notamment par la prise en compte de la clinique du trauma et de la violence particulièrement bien éclairée par les théorisations de Christophe Dejours et sa mise en évidence d'une troisième topique. Clinique et théorie nous conduisent alors à relire les éléments fondateurs d'une compréhension des phénomènes dépressifs tels que Freud nous les a légués. De « Deuil et mélancolie » à « Malaise dans la culture » s'affirme la dimension de la pulsion de mort, du surmoi et du besoin de punition. Mais, nous pensons que le concept de « pulsion de mort » prête à confusion. De la pulsion de mort, il ne s'agit pas de se protéger par la mise à distance mais plutôt de pouvoir relancer ce qui en elle est créateur, moteur de la symbolisation comme le montre le jeu du Fort-da. De la même manière, si être déprimé c'est succomber à la haine de « soi », l'enjeu d'une cure analytique ne peut pas être de se débarrasser de la haine mais de parvenir à la subjectiver.

Mots-clés : cas clinique, dépression, cure analytique, trauma, troisième topique, pulsion de mort, haine.

Monsieur Valentin.

Monsieur Valentin a 52 ans. Quand je le rencontre pour la première fois il vient d'être hospitalisé dans le service de psychiatrie où je suis engagé à mi-temps comme psychologue clinicien. Ce séjour répond, *a priori*, à deux objectifs : prendre une certaine distance par rapport à la consommation d'alcool et surtout réussir à retrouver un rythme de sommeil plus ou moins normal. C'est donc une brève hospitalisation qui est programmée, de l'ordre de trois semaines. Le médecin psychiatre, qui a négocié le projet de cette hospitalisation et qui va suivre Monsieur Valentin pendant son séjour, pense que serait une bonne idée qu'il en profite pour rencontrer un psychologue. Il n'y voit aucune objection, d'autant plus que c'est une

démarche qu'il n'a jamais tentée et que ses troubles s'aggravent, cela fait plusieurs mois qu'il n'a pas repris le travail. Dès le premier entretien il se montre très affable et coopératif, il n'a pas l'air trop gêné par le contexte particulier de cette rencontre. Il ne présente pas une symptomatologie psychiatrique lourde, son raisonnement n'est pas altéré et son rapport à la réalité paraît au premier abord s'apparenter à ce que Pierre Delion qualifie malicieusement de « névrosé poids moyen », ou à ce que Jean Oury range du côté des « normopathes » ; nous verrons d'ailleurs plus loin comment la normopathie peut, en tous cas ici, constituer une défense particulièrement puissante contre une souffrance à la limite de l'impensable.

Monsieur Valentin va s'avérer être un patient « facile ». Autant sympathique et poli que réservé, il ne laissera pas beaucoup de souvenirs à l'équipe soignante. Mais une relation de confiance s'établit avec son psychiatre et avec moi au point où il se montrera demandeur de continuer à nous voir après son hospitalisation. Ainsi, pendant son séjour, j'ai eu l'occasion de le voir en entretiens deux fois par semaine et depuis sa sortie, je maintiens avec lui le rythme d'une séance hebdomadaire.

Au début de ce travail, il m'explique à la fois qu'il sait très bien pourquoi il est « dépressif » mais qu'en même temps, il ne voit pas comment faire pour s'en sortir. Et surtout, ce qu'il ne comprend pas, c'est que ses problèmes puissent avoir un tel retentissement sur sa santé.

Voilà donc comment il me présente ses difficultés : tout allait bien jusqu'il y a deux ans, il prenait goût à son travail, profitait de ses vacances et menait avec sa femme une vie bien réglée et sans histoires. Seulement, un nouveau directeur est arrivé dans l'entreprise. C'est d'ailleurs Monsieur Valentin qui l'a accueilli allant même jusqu'à lui trouver un logement. Leur contact semblait donc très bon, Monsieur Valentin pensait qu'une sympathie réelle s'était établie entre eux. Il ne s'est donc pas méfié quand ce nouveau directeur lui a proposé d'expérimenter un poste de nuit qui pourrait le conduire à une promotion future. Pour lui, il ne s'agissait que d'un essai qui ne l'empêcherait pas de retravailler le jour s'il n'était pas concluant. Le travail de nuit s'est révélé très pénible pour notre patient. Les mois passant, il s'est rendu compte qu'il en perdait le sommeil. Et alors qu'il dormait de moins en moins

bien de retour chez lui, après le travail, ses journées le confrontaient à un vide grandissant. Au manque d'énergie associé à la fatigue venait s'ajouter un manque d'intérêt bientôt général et une solitude inattendue provoquée par le décalage de son rythme de vie par rapport à son entourage. Sa consommation de bière se mit à augmenter.

Il alla donc trouver son directeur pour lui faire savoir que ce poste de nuit ne lui convenait pas et que, suivant leur marché, il fallait prévoir de le faire réintégrer l'équipe de jour. Seulement, la tournure des événements le pris au dépourvu. Son supérieur se montra particulièrement froid et cassant, niant tout arrangement préalable, il fût même assez méprisant en laissant entendre à Monsieur Valentin qu'il n'était de toute façon pas apte à occuper le poste qu'il brigait. Quant aux désagréments que lui occasionnait le travail de nuit, il n'avait qu'à s'en prendre à lui-même d'avoir « joué et perdu ». Tout cela fût pour Monsieur Valentin autant une énorme surprise qu'un désappointement considérable, lui qui pensait avoir établi avec son directeur une relation presque amicale.

Je dois préciser que ce récit m'est raconté avec un manque apparent d'implication affective, c'est d'ailleurs ce qui m'intrigue dès les premiers entretiens. Il y a un décalage surprenant entre la réserve émotionnelle avec laquelle Monsieur Valentin parle de sa vie et ce que son discours évoque chez celui qui l'entend. Ainsi, quand je lui renvoie, sous forme de questions, qu'il a pu être d'abord extrêmement déçu puis très en colère ou qu'il a dû se sentir trahi, je suis surpris de constater que ces formulations le prennent au dépourvu puis le font réfléchir comme si je venais de lui soumettre une interprétation élaborée. Il y a un clivage, terme que j'utilise ici de manière provisoirement descriptive, étonnant entre les enjeux affectifs que sa narration laisse clairement percevoir et ce qu'il est capable d'en ressentir consciemment. Nous verrons que ce « clivage » va encore plus loin.

Revenons à son récit. Il s'est donc retrouvé contraint de continuer à travailler la nuit, accumulant le manque de sommeil et la fatigue jusqu'au jour où il a fait une « crise d'angoisse ». Il faut noter que ce terme de « crise d'angoisse » ne correspond pas à un vécu subjectif de l'événement mais à la reprise d'un diagnostic médical. En effet, un matin où comme d'habitude il n'arrive pas à dormir convenablement, il se retrouve « paralysé » alors qu'il est allongé dans son lit. A la différence du terme « crise d'angoisse », le mot « paralysé » est celui qui lui vient pour définir son état. Il ne s'est donc pas senti angoissé mais c'est plutôt la « paralysie » qui l'a inquiété. Dès qu'il a pu de nouveau bouger il s'est rué chez son médecin traitant pour se faire soigner et c'est là que ce dernier lui a dit qu'il avait fait une « crise d'angoisse » parce qu'il avait accumulé un « stress » que son corps ne supportait plus.

Il dit avoir été très étonné par ce diagnostic pour la bonne et simple raison qu'il ne ressentait jamais de « stress »,

qu'il était, par définition, quelqu'un qui n'est jamais stressé.

Plus tard dans les entretiens, des problèmes beaucoup plus anciens d'hypertension pourront être mis en lien avec le même « clivage » entre des manifestations somatiques et une absence de conscience de l'émotion.

Commencer à interpréter ?

Prenant acte de ces discordances si considérables entre les symptômes objectifs ou si l'on préfère, manifestes, de Monsieur Valentin et la manière avec laquelle il essayait de rendre compte de son histoire, je me suis attaché à suivre son discours pour lui témoigner de temps en temps mes perplexités. Chemin faisant, il a commencé à se montrer intéressé, c'est à dire concerné, par mes interrogations. Celles-ci ne sont évidemment pas neutres, même ce qui pourrait apparaître comme de simples reformulations est inévitablement imprégné par le transfert qui relance aussi bien mes propres questions.

Pour autant que je puisse m'en rendre compte, Monsieur Valentin semble avoir accepté mon invitation à la psychanalyse en découvrant dans ce cadre une version pour lui inattendue des liens entre psyché et soma. Liens qui apparaîtront comme la possibilité de penser son histoire là où son corps va se révéler comme un « mémorial énigmatique ».

Avant d'aller plus loin, il faut bien reconnaître que tout récit de cure est en lui-même une fiction². En m'attachant à retracer la manière selon laquelle la relation psychanalytique a évolué, je me rends compte d'un processus complexe qui comprend au moins deux aspects : au fur et à mesure de l'écriture, il devient de plus en plus difficile de rendre toutes les nuances de mes souvenirs et, parallèlement, j'en viens à être surpris par des associations que je n'avais jamais faites auparavant. L'écriture est par elle-même une sorte de prolongation de la cure autant qu'une possibilité de poursuivre la formation de l'analyste, à condition qu'elle ne vienne pas trop redoubler les résistances... Ainsi, la poursuite de ce récit clinique ne peut avoir la prétention d'être comme une démonstration d'hypothèses que je voudrais défendre. Plutôt se présente-t-il comme l'exposé lui-même d'une série d'hypothèses, plus ou moins conscientes, soumises à la « validation » d'un lecteur potentiel.

Revenons à Monsieur Valentin. J'ai l'impression que le premier élément qui a été mis au travail a tenu à l'insistance de cette question : comment se faisait-il qu'il y ait pu avoir un tel écart entre ce que son corps pouvait signifier de manière assez évidente aux regards des autres et le fait que cette évidence échappe tout à fait à sa conscience ?

² On se reportera à ce sujet à l'excellent livre d'Erik Porge, « Transmettre la clinique psychanalytique. Freud, Lacan, Aujourd'hui. » Toulouse, Eres, 2005.

Le deuxième a été représenté par la découverte, plus exactement la prise de conscience, que des événements distincts de sa vie pouvaient être mis en liens. Assez rapidement, Monsieur Valentin a été amené à me raconter qu'il avait fait, beaucoup plus jeune, une première « dépression », mais que, justement, cela n'avait rien à voir avec ce qui se passait maintenant. Cet énoncé sur le mode dénégatif avait attiré mon attention, de quoi s'agissait-il ? Vers l'âge de vingt-quatre ans, il avait dû être hospitalisé à la suite d'une rupture amoureuse. Ce qui l'avait le plus touché, c'est que cette jeune femme avait mis fin à leur relation sans s'en expliquer vraiment et sans qu'il arrive à en comprendre les raisons. Cette séparation l'avait profondément attristé et déstabilisé, il s'était mis à boire beaucoup plus que de coutume, jusqu'à perdre un peu trop le contrôle de sa vie. Mais cette dépression en apparence facilement explicable avait disparu après une brève hospitalisation et avait ainsi été versée au registre banal des déceptions amoureuses et de l'éducation sentimentale de la jeunesse. Vraiment, cela n'avait rien de commun avec ce qu'il vivait maintenant. Je me permis de lui faire remarquer que dans ces deux situations, bien sûr fort différentes, se retrouvaient malgré tout à la fois la surprise face au rejet par un autre fortement investi et, par la suite, l'incompréhension totale de l'attitude de cet autre qui, par ailleurs, ne semble pas prêt à s'en expliquer. Cette interprétation le rendit d'abord perplexe avant qu'il convienne en effet de certaines ressemblances. En tous cas, cela venait entretenir le questionnement qu'il maintenait, d'une séance à l'autre.

Avant qu'il ne quitte l'hôpital, je relevais mon étonnement devant l'absence d'agressivité que suscitaient les décisions, pour lui arbitraires, de son directeur. Ce phénomène n'avait pour lui rien d'anormal dans la mesure où il ne ressentait jamais d'agressivité aussi loin que remontent ses souvenirs. Devant la répétition de l'expression de mon étonnement, il se rappela une crise de colère pendant laquelle il s'était montré peu amène avec son « patron » mais l'événement s'était produit sous l'effet de la boisson. Ce n'était d'ailleurs pas la première fois qu'il « explosait » après avoir bu quelques verres. En général, il buvait certes tous les jours mais de manière « sociable ». Néanmoins, il lui arrivait, dans des circonstances exceptionnelles, de dépasser toute mesure pour en arriver au « trou noir ». Son épouse s'en inquiétait beaucoup alors qu'il avait tendance à minimiser les faits. Il reconnut, un peu plus tard, que c'était la seule solution vraiment efficace qu'il avait trouvée pour « souffler », c'est-à-dire pour arrêter de penser à ses soucis, arrêter de penser tout court et permettre une décharge momentanée de toutes ses tensions. Ce qu'il présentait d'abord comme son côté « bon vivant » s'avèrera entretenir une série de liens très singuliers avec les questions du désir, de la violence et de la mort. De nouveau, quelque chose inscrit dans son corps jouait, à son insu, une même histoire. Ce que j'avais appelé plus haut et provisoirement : « mémorial énigmatique », sans doute dans la foulée de

la lecture de Pierre Delion³ qui rappelle comment Jean Oury lie le travail psychique au terme d'« historial », et donc, non pas tant à l'histoire qu'à sa narration.

Nous aurons l'occasion d'essayer plus loin de comprendre comment et où⁴ s'est inscrite l'histoire de Monsieur Valentin. Toujours est-il qu'à ce stade de nos entretiens, j'en suis venu à lui renvoyer qu'il avait peut-être quelques difficultés à « supporter »⁵ ce qui relève de l'agressivité pour préférer l'exprimer sans la ressentir. Je me demandais aussi si les divers symptômes de sa « dépression » ne pouvaient pas se comprendre, au moins en partie, par une sorte de retournement de cette agressivité contre lui-même dans une situation où il avait beaucoup de raisons d'être en colère. J'essayais d'orienter sa perplexité, de la nourrir en formulant des questions ouvertes comme autant de nouvelles énigmes. Tout cela semblait l'amener à conclure qu'il fallait poursuivre les entretiens avec moi, parallèlement au suivi médical et à une série de démarches sociales dans lesquelles il plaçait de grands espoirs. Il pensait toujours que la guérison de sa dépression dépendait surtout de la possibilité de retrouver un travail adapté à ses besoins mais une certaine réflexion sur sa vie commençait à vraiment l'intéresser. Il serait peut-être plus juste de le dire autrement. D'une énigme à l'autre commençait à se profiler quelque chose qui de toute évidence se réfléchissait dans sa vie et le concernait au plus haut point.

S'en suivit une série d'entretiens où il venait me raconter les aléas de ses démarches professionnelles, la persistance de ses problèmes de sommeil. Ses ruminations étaient, d'une semaine à l'autre, diverties diversement par le mouvement que lui imposait les circonstances de la vie familiale. Je constatais que sa situation était d'autant plus pénible que depuis de nombreuses années son seul « loisir », à part la boisson que sa psychiatre venait de lui interdire, était la lecture. Or, cette pratique de la lecture trouvait tout son sens dans le réglage de la distance avec l'autre. Ainsi, son travail lui offrait-il une socialité riche—le « contact clientèle » disait-il—mais qui restait plutôt superficielle. Le reste du temps il préférait la solitude que lui procurait la lecture. Quand il prenait des vacances, il choisissait toujours une destination qui lui permettait de passer le plus clair de son temps à lire au bord d'une piscine sans chercher aucunement à entrer en contact avec d'autres personnes que sa femme.

Mais dès-lors qu'il ne travaillait plus, qu'il se retrouvait beaucoup plus souvent seul sans l'avoir voulu, la lecture, tout comme d'autres intérêts, perdait une grande partie de son sens. Toute sa vie, son rapport au monde et aux autres, s'était retrouvée totalement dérégulée dans un premier temps par le travail de nuit puis par son interruption.

3 Pierre Delion, « Soigner la personne psychotique. Concepts, pratiques et perspectives de la psychothérapie institutionnelle », Dunod, Paris, 2005.

4 C'est à dire en terme topiques ou topologiques

5 Les sens multiples du verbe me semblent ici tout à fait évocateurs: soutenir un ressenti et soutenir une action.

Ses symptômes l'avaient conduit à multiplier les arrêts de travail sur des périodes de plus en plus longues. Préférant, a priori, travailler que rester chez lui, il avait fait quelques tentatives de reprise qui s'étaient soldées par de nouveaux symptômes somatiques énigmatiques. Par exemple, de retour sur son lieu de travail, il se mettait à transpirer au point de se retrouver complètement trempé. Il en déduisait bien que quelque chose n'allait pas mais était tout étonné quand un collègue y voyait un signe majeur de stress. C'est bien plus tard qu'il y repensât au cours d'un entretien, se demandant en me regardant s'il ne fallait pas voir là, tout simplement, la traduction d'une peur dont il n'avait pourtant pas pu prendre conscience sur le moment.

Les semaines passant, Monsieur Valentin, commença à espérer de moins en moins que l'aboutissement de ses démarches sociales lui permettrait de retrouver son travail de jour. Entre les moments d'abattements et d'aboulie, malgré ses ruminations, nos entretiens entretenaient un certain travail de la pensée. Il se rappela, lors d'une séance, ce que je lui avais dit un jour sur sa difficulté à « supporter » son agressivité et le risque, du coup, qu'elle se retourne contre lui. En fait, il commençait à penser que j'avais peut-être raison mais cela restait quand même étrange pour lui qui était « toujours si calme ». C'est alors que s'ouvrit une nouvelle porte. Avec un sourire, il évoqua que s'il devait en croire sa mère, il n'avait sûrement pas toujours été comme ça, finalement. Elle lui avait en effet raconté qu'autour de ses trois ans, il était tellement turbulent qu'elle devait « l'attacher au radiateur » pour qu'il « ne grimpe pas partout ». A l'époque, ses parents tenaient un magasin. La trop grande activité motrice du tout jeune Monsieur Valentin nécessitait quelques sévères mesures de contention ! Tout cela avait changé après « l'accident ». Il semblait penser que je savais de quel accident il était question, il était sûr de m'en avoir parlé au début de nos entretiens. Ce n'est pas impossible, mais alors de quelle manière l'a-t-il évoqué pour qu'un tel événement n'attire pas plus mon attention ? En effet, on n'oublie pas facilement ce qu'il va me raconter, à moins, au contraire qu'on vous fasse savoir, d'une manière ou d'une autre, que vous devez l'oublier.

L'accident

Alors qu'il avait six ans, il a été victime d'un « grave » accident de la circulation. La voiture conduite par son père rentra en choc frontal avec un autre véhicule. Son père et son frère furent tués sur le coup. Quant à lui, il resta plusieurs mois hospitalisé dans un état « grave ». Après deux mois de coma, il se réveilla avec la moitié du corps « paralysée » et ne retrouva une mobilité normale qu'après une très longue rééducation.

De tout cela, comme du reste de son histoire, il parle d'une façon relativement égale mais derrière laquelle on peut sentir un mélange entre une émotion retenue, comme interdite, et quelque chose de plus énigmatique qui viendrait

s'inscrire en creux, l'étrange présence d'un vide... Il sait très peu de choses de cet accident, aucun détail sur les circonstances, aucune information sur les responsabilités de chacun des conducteurs. Par contre, il se « souvient » de l'enterrement de son père et de son frère alors qu'il a eu lieu pendant son coma et qu'il ne pouvait donc y être présent.

Il aimerait bien en savoir plus, se pose quelques questions, mais il n'y a aucun moment possible pour en parler : pendant les fêtes de famille, ça risquerait de « casser l'ambiance » et ça le gêne d'en discuter avec sa mère en présence de son père... il a, en effet, « toujours » un père vivant. A la suite de l'accident, sa mère et lui se sont retrouvés seuls. Cette dernière a dû rendre le commerce pour trouver un emploi salarié et ils ont quitté la maison pour un petit appartement. Trois ans plus tard, sa mère s'est remariée. Il a bientôt eu un nouveau frère qui n'est resté son « demi-frère » que quelques années. Pour s'y retrouver, il faut savoir que quand il avait quatorze ans son beau-père l'a adopté et est donc devenu, « tout simplement », son père. A quinze ans, il a d'ailleurs changé de nom, dans la suite de l'adoption.

A part ça, il ne lui est rien arrivé de très spécial (!). Si ce n'était la dépression provoquée par la rupture amoureuse, sa vie a été très « normale ». D'ailleurs, son adolescence s'est déroulée sans problème... après l'accident il est devenu un enfant très calme, très sage, plutôt solitaire et timide.

D'un certain point de vue, certains de ses symptômes peuvent se lire comme des conversions hystériques témoignant, comme Freud nous l'a enseigné, d'une redoutable efficacité du refoulement. Ainsi, quand il s'est retrouvé « paralysé » dans son lit, adulte connaissant des difficultés professionnelles, il a sans doute—ce qui n'a pas échappé à la sagacité de son médecin—fait l'analogon d'une « crise d'angoisse » dont l'absence de ressenti pourrait évoquer la « belle indifférence » caractéristique de l'hystérie. Cette « belle indifférence » signe la réussite du refoulement par la disparition de l'affect. Il y a sans doute de ça chez Monsieur Valentin d'autant que les aléas de la relation avec son directeur font entrevoir une forte dimension d'homosexualité latente dont le traitement ne donne pas lieu à la production d'idées de persécution mais bien à une expression névrotique. Devant l'affirmation phallique, « virile », de son supérieur hiérarchique, il se retrouve ambivalent. D'un côté, il n'accepte pas de se voir réduit à la passivité qui correspond, imaginativement, au consentement à se faire féminiser par le père, il continue à espérer secrètement que c'est lui qui finira par avoir « le dessus », la position phallique dominante comme l'indique si bien le sens commun. D'un autre côté, il lui est impossible de « mobiliser » vraiment son agressivité pour s'affirmer dans le conflit quitte, le cas échéant, à nier l'autre en sortant de la relation duelle. Lui ne peut oublier son directeur, il continue à espérer autant que cette figure paternelle l'aimera de nouveau qu'il pourra finir un jour par gagner, par s'imposer. En cela, il reste enfermé dans un conflit fantasmatique névrotique toujours, pour

reprendre les indications de Lacan, à la limite de la pèrversion et cette homosexualité latente se colore nettement d'éléments sado-masochistes.

Néanmoins, je ne crois pas que le registre névrotique suffise à expliquer ce qui lui arrive.

Traumatisme, pulsion de mort et troisième topique.

On se rappellera que la nécessité théorique du concept de « pulsion de mort » n'était pas seulement pour Freud un problème métapsychologique, il s'agissait aussi pour lui de rendre compte d'un certain nombre de manifestations cliniques ne semblant pas pouvoir être expliquées par les logiques du conflit névrotique entre principe de réalité et principe de plaisir. Dès les premières lignes d'« Au-delà du principe de plaisir »⁶, Freud annonce que les névroses de guerre, les névroses traumatiques en général ou encore les « névroses de destin » témoignent d'une contrainte à la répétition d'expériences douloureuses qui l'a amené à revoir sa théorie des pulsions. C'est le point d'origine clinique du concept de pulsion de mort.

Je crois que l'on peut légitimement avancer qu'il y a chez Monsieur Valentin, et depuis longtemps, les symptômes d'une névrose traumatique. Je pense notamment à ses abus épisodiques d'alcool qui vont extrêmement loin puisqu'ils le conduisent très souvent au coma où se répète l'expérience du « trou noir ». Freud disait que « les hystériques souffrent de réminiscences ». Ici, avec cette répétition à minima de l'expérience du coma, nous sommes devant un point de souffrance inconnu du sujet non pas parce qu'il aurait fait l'objet d'un refoulement—ce qui suppose une trace mnésique—mais justement parce qu'il renvoie à un moment de suspension de la possibilité de la moindre inscription psychique. Ceci étant dit, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de souvenirs—même refoulés—qu'il n'y a pas de mémoire. S'il n'y a pas de réminiscence, il y a une reviviscence. Certaines traces de l'expérience traumatique insistent comme dans la recherche d'une symbolisation possible. C'est, notamment, pour rendre compte de tels phénomènes que l'hypothèse d'une troisième topique me paraît extrêmement féconde. Si l'on suit Christophe Dejours, on peut penser que les traces du trauma ont bien été inscrites quelque part, dans un lieu qui échappe à la fois à la conscience et à l'inconscient tel que Freud l'a défini—rappelons simplement que pour Freud, l'inconscient est fait de pensées—et qui serait un inconscient « amental⁷ », sans pensées : « Celui-ci (l'inconscient) serait composé de deux secteurs distincts. Le premier secteur serait constitué par le refoulement originaire ; c'est l'inconscient sexuel, appelé aussi inconscient refoulé. Le second secteur de l'inconscient serait formé en contrepartie de la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant. Lorsque, en réponse à la séduction exercée par l'adulte sur le corps

de l'enfant, l'activité de pensée de ce dernier déclenche la violence de l'adulte, la pensée de l'enfant s'arrête. »⁸

Dans la construction que nous propose Dejours, il y a donc quatre « lieux » psychiques au sein de sa troisième topique : le préconscient, le conscient, l'inconscient refoulé et l'inconscient amental. C'est alors la résistance du clivage entre ces deux formes d'inconscient qui expliquerait le fait que la répétition des sensations traumatiques n'arrive pas à s'inscrire sous le mode d'une narration fantasmatique névrotique.

Dans le cas de Monsieur Valentin, certains symptômes paraissent liés à l'effet d'un refoulement. Ils sont ainsi accessibles par l'interprétation. Mais d'autres se manifestent par une absence de représentations qui trahit, comme y insiste Dejours, un rapport très particulier à la violence. Nous voyons dans son extrême gentillesse les raisons-mêmes de sa dépressivité et c'est, sans doute, cette coexistence étrange entre sa normopathie et ce que j'appellerai une sorte de psychopathie retournée sur elle-même⁹ qui m'a fait choisir ce pseudonyme. Valentin est un prénom qui évoque la gentillesse et la bonté d'âme, c'est ainsi le saint patron des amoureux. Mais, c'est aussi le jour que choisit Al Capone, en 1929, pour opérer un des règlements de compte les plus sanglants de la guerre des gangs pendant la prohibition, sorte de Saint-Barthélemy de la pègre.

Dans l'inconscient amental selon Christophe Dejours prévaut la pulsion de mort qui échappe au traitement qui l'érotiserait si le clivage avec l'inconscient refoulé n'était pas autant cadenassé. Pour autant, il ne faudrait pas associer de façon trop univoque la symbolisation des mouvements pulsionnels à la tendance unificatrice d'Eros ou à l'érotisation du corps instinctuel. La précision nous impose d'éviter certaines ambiguïtés inhérentes à l'histoire du concept de « pulsion de mort ».

Petite Généalogie de la pulsion de mort.

La pulsion de mort a mauvaise réputation, il n'est pourtant pas certain qu'elle la mérite autant.

A y bien regarder, c'est en effet un concept ambigu. Reprenons un peu sa généalogie. Comme on le sait, Freud l'introduit dans sa doctrine dans le fameux « Au-delà du principe de plaisir ». Pour l'inventeur de la psychanalyse, la psyché est, par essence, conflictuelle. Ainsi, les pulsions se retrouvent-elles inévitablement en opposition de par le dualisme antagonique qui les caractérise. Dans le cadre de la première topique, c'est la faim qui s'oppose à l'amour, les pulsions d'auto-conservation à la libido. Mais l'introduction du narcissisme vient brouiller les cartes. Il y a donc une nécessité théorique à retrouver un mouvement

6 «Essai de psychanalyse», Paris, Payot, 1981

7 Jean Laplanche préfère, pour parler de la même chose, le terme d'« inconscient enclavé ».

8 C.Dejours : « Le corps, d'abord », Paris, Payot, 2003.

9 Là où la colère du psychopathe explose, celle de Monsieur Valentin produit une implosion psychique.

pulsionnel qui puisse, par « nature », s'opposer à ce que la psychanalyse a découvert de la sexualité.

Dans la deuxième topique, la libido devient « pulsion de vie ». Cette terminologie n'est pas neutre dans la mesure où le dualisme pulsionnel antagonique pourrait recouvrir un combat de la vie contre la mort¹⁰. Mais à partir de cette évidence surgissent les paradoxes. La pulsion de mort est définie comme la tendance du vivant au retour à l'inanimé. A la différence d'Eros qui distingue radicalement la sexualité humaine de l'instinctualité animale, la pulsion de mort habite tous les êtres vivants. C'est en tous cas ce que Freud avance quand il s'appuie sur la biologie des organismes unicellulaires montrant comment ils s'intoxiquent avec leurs propres déchets. La pulsion de mort aurait aussi la particularité d'avoir un but par ailleurs irréprésentable dans l'inconscient. Il est possible que son nom-même nous égare. Et la mort s'oppose-t-elle si simplement à la vie ? N'est-ce pas plus une conception moïque, « égo-centrée », d'opposer sa mort à venir à la vie qu'on ne veut pas perdre ? En effet, d'un point de vue biologique, la mort est nécessaire à la vie. Non seulement, il faut tuer, détruire, pour assurer son auto-conservation mais aussi, la disparition des individus est une condition nécessaire au progrès de l'espèce et même à la complexification en mouvement du vivant. Il n'y a d'ailleurs aucune vie concevable sans un début et une fin. Aussi, il y a tout lieu de penser que la pulsion de mort est, par bien des aspects, vitale. Même dans l'« Au-delà... » dont le propos peut paraître très sombre, une indication fondamentale nous est laissée par le génie de Freud. Cette compulsion à la répétition d'expériences douloureuses qui s'accompagne d'« un gain de plaisir d'une autre sorte¹¹ » explique, comme nous l'avons déjà vu, la clinique des névroses traumatiques, mais elle permet aussi de comprendre le ressort des processus de symbolisation qui constituent la réalisation humaine la plus élaborée. C'est, en effet, la pulsion de mort qui anime le jeu du Fort-da, jeu qui permet de traverser la prise de conscience, potentiellement traumatique, des absences de la mère par l'accès à l'univers du langage où un objet peut devenir manquant dans la réalité mondaine tout en restant présent dans la réalité psychique. Ce que Dominique Poissonnier, dans son livre consacré à la pulsion de mort, a bien souligné : « On peut dire que c'est à la pulsion de mort que nous devons le pouvoir de parler *in absentis* ou *in abstracto*. Celle-ci a donc une incidence majeure, tant dans la constitution du sujet que dans la perte de l'objet, c'est-à-dire dans la constitution du monde des objets. »¹² « Ainsi la pulsion de mort

10 C'est d'ailleurs la conclusion de « Malaise dans la culture », Paris, PUF « Quadrige », 2002.

11 Gageons que c'est dans cette expression freudienne que Lacan a trouvé une des premières définitions de ce qu'il allait définir sous le terme de « jouissance ». Pour autant, la jouissance trouve bien son origine dans la pulsion de mort. C'est ce que Lacan a plus tard distingué comme « jouissance de l'Autre » à l'opposé de la « jouissance phallique » qui correspond, en termes freudiens, à un processus secondaire d'intrication d'Eros avec Thanatos.

12 Dominique Poissonnier, « La pulsion de mort de Freud à

est-elle essentielle à toute possibilité de discours. »¹³

Quelques remarques sur le jeu du Fort-da : l'articulation signifiante n'est pas une pure opération intellectuelle, elle suppose au contraire une implication totale du corps. La bobine est agrippée par les mains puis jetée au loin, sans doute le plus violemment que l'enfant le peut, et ramenée avec autant de détermination. Les signifiants « fort » et « da » sont prononcés à voix haute. Comme le rappelle Gérard Pommier, un signifiant est bien une « image acoustique » selon la définition de de Saussure. C'est à dire que son existence tient aussi à sa matérialité sonore et à l'effort phonatoire pour le produire. Au jeu de la bobine est associé celui de se faire disparaître dans le miroir (la psyché !) en bougeant la totalité du corps. Ce que je veux indiquer ici c'est que si la pulsion de mort vient habiter l'accès au symbole c'est par le biais d'une grande activité motrice. D'ailleurs, le lien entre la motricité et Thanatos est très vite relevé par Freud. C'est ce lien consubstantiel qui amènera à toutes les déclinaisons freudiennes ultérieures de la pulsion de mort : reprise de la « pulsion d'emprise », « pulsion de destruction », « tendance à l'agression » ou « à la désunion ». La pulsion de mort possède, au même titre que les pulsions sexuelles, des zones corporelles qui sont sources d'excitation. Ce ne sont pas les muqueuses ou les orifices du corps, comme pour Eros. C'est la musculature et la peau. Cette indication freudienne qui me paraît relativement négligée va venir nous guider sur les chemins de la dépression.

Résumons ce que nous retenons de ce concept de pulsion de mort : il s'agit bien d'une tendance violente à la destruction, mais pour vivre il faut détruire ; cette tendance violente recouvre l'exercice de la motricité ; la motricité ne se résume pas à des actions physiques au sens habituel du terme, comme le jeu du Fort-da l'indiquait Freud définit l'activité de penser comme « une motricité intériorisée » ; cela est conforme à la constatation selon laquelle la pensée n'est rendue possible que par le symbole de la négation qui au niveau des concepts est une forme de destruction...

Et cela est maintenant confirmé par les avancées des neurosciences : « Par ailleurs, Rizzolatti (1996) a mis en évidence l'existence dans le cortex de neurones-miroirs, pour lesquels il n'y a pas de différence entre une action effectuée par le sujet, une action simplement représentée ou une action effectuée par un autre et observée par le sujet. Ce qui veut dire qu'action et représentation sont traitées de la même manière, que la représentation est une « action interne ». [...] M. Jeannerod (2004), à la suite de J.D. Vincent (1986), propose le néologisme de « représentation » pour souligner le fait. La représentation est une action interne, elle rencontre les contraintes de toute action, elle est représentation plus que copie interne, plus que simple duplication, elle est « production » interne de l'action. »¹⁴

Lacan », Toulouse, Erès, 1998. p. 76.

13 Ibid., p. 78

14 René Roussillon, « La représentation et l'activation pulsion-

Il ne faut peut-être donc pas avoir peur de « la pulsion de mort » en tant que telle. Ce sont certains de ses avatars qui deviennent pathologiques. Quant au travail de la cure analytique, s'il repose sur une relance des processus de symbolisation, c'est qu'il s'appuie d'une certaine manière sur la pulsion de mort. Je dirais qu'il s'agit de mettre la pulsion de mort « à l'œuvre », c'est à dire de permettre à la motricité de trouver l'issue de la sublimation. Et créer une œuvre—le mot ne doit pas être entendu dans sa grandiloquence, plutôt dans son sens d'« ouvrage »—se mettre à l'ouvrage, passe aussi par l'exercice de la musculature : parler, marcher, lire, travailler, écrire, nager, peindre ou classer ses timbres-poste...penser !

Nous voilà revenus à Monsieur Valentin et à ce qui réunit ceux qui se retrouvent déprimés. Toutes les formes de motricité—du simple fait de se lever le matin à la possibilité de se changer les idées, d'avoir une pensée en mouvement—se retrouvent entravées. Je pense que c'est la violence inhérente au mouvement de la vie qui ne peut plus être supportée ou si l'on veut, assumée. Qu'est ce qui rend ce jaillissement de l'élan vital, cette force du désir comme « effort pour persévérer dans l'être » selon les mots de Spinoza, tout d'un coup interdit ?

Sans doute y a-t-il d'abord une fragilité plus ancienne. On se rappelle que Monsieur Valentin a commencé sa vie comme bébé hyperactif puis comme enfant turbulent. Après l'accident, il est devenu un fils étonnamment sage, en fait timide et inhibé. Le caractère traumatique de cet accident ne résulte peut-être pas que de sa brutalité réelle. On est frappé par l'absence de narrations, de récits décrivant ses circonstances. Plus encore, je me suis rendu compte que Monsieur Valentin ne savait quasiment rien de son père et de son frère. Pas de récits non-plus, ou très peu, du temps d'avant la mort. A défaut de fictions narratives mettant en scènes une histoire tragique, le drame de la mort vient habiter le corps de manière permanente en interdisant que « ça » ne bouge trop.

Maintenant, Monsieur Valentin voudrait savoir. Il est animé par une multitude de questions sur cette enfance évacuée par le coma. Mais le voilà partagé, il ne faudrait pas qu'il tarde trop, sa mère devient âgée. En même temps, il n'est pas sûr qu'elle soit prête à en parler tellement il pense que les blessures restent ouvertes, quarante-six ans après. Peut-être se trompe-t-il, mais rien que sa réticence à aborder ce sujet avec elle et en présence de son père adoptif, laisserait à penser que dans les suites de l'accident il a senti une interdiction secrète portant sur le savoir de ce qui s'était passé. Et c'est cette interdiction secrète qui vient redoubler le traumatisme en rendant, par exemple, impossible tout le travail psychique nécessaire à l'élaboration de la culpabilité de survivre à ceux qui étaient aussi ses rivaux dans la relation avec sa mère. Au stade où

nous en sommes dans les entretiens, je risquerais en effet cette hypothèse, rappelons qu'après l'accident il se retrouve seul avec elle et qu'ils vivent en couple pendant plusieurs années, partageant le silence sur les deuils innommables.

On voit ici réapparaître la violence de l'adulte qui vient interdire la pensée de l'enfant suivant la formulation de Dejours. Comme on l'a vu, il ne s'agit pas du tout d'une maltraitance au sens propre. Mais l'interdiction secrète de poser des questions sur un tel événement est en soi une violence, parfois inconsciente, que l'adulte impose à l'enfant. Violence traumatique parce qu'elle interdit à ce qui, de la pulsion de mort, est mobilisé de trouver l'issue sublimatoire de la symbolisation. Elle cantonne le travail de la pulsion de mort à répéter l'expérience de la violence sur le corps à partir de l'inconscient amental (Dejours) ou enclavé (Laplanche). Elle contraint le corps et ses symptômes somatiques à devenir un mémorial énigmatique du traumatisme plutôt que de créer par l'esprit l'espace d'un historial.

Mais comment cette fragilité se transforme-t-elle en dépression ?

D'une certaine sensibilité à la haine.

Je pense que c'est à l'occasion d'une mauvaise rencontre avec la haine. C'est un certain retour à Lacan qui me permet de déployer plus avant ma lecture théorico-clinique. C'est à dire que nous allons abandonner une perspective topique pour un raisonnement topologique. Autrement-dit, je vais essayer de repérer comment la difficulté pour un sujet à soutenir le mouvement du désir s'éclaire par le rapport de ce sujet aux formes de l'altérité correspondant aux trois registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique : l'objet a, objet pulsionnel cause du désir ; l'autre, mon semblable ; l'Autre non comme transcendance incarnée mais comme opérateur logique, symbolique. Ce qui, dans cette dynamique, est topologique, c'est qu'on ne peut pas la penser en s'appuyant sur une délimitation claire entre le dehors et le dedans. Le sujet humain recherche dans le monde ce qui lui est le plus intime. Il pense que l'objet de son désir est quelque part dans la réalité mondaine alors qu'il est, tout autant, ce qui du plus profond de lui-même insiste à son insu.

De même, l'Autre se verra couramment appelé Dieu, ce qui exprime à quel point il est à l'origine de l'existence du sujet ; pour autant il est résumé par la contrainte logique qui fait que pour qu'une parole soit possible il faut présupposer la présence d'un auditeur qui ne peut se réduire tout à fait à la personne qui m'entend.

Revenons une nouvelle fois à Monsieur Valentin, quelle mauvaise rencontre avec la haine a-t-il pu faire pour en être déprimé ? Une femme qui le quitte, un patron qui le trompe. D'où vient donc cette haine ? Et quel rapport

étroit peut-il lier haine et dépression ? Le déprimé n'est pas un être haineux, à l'instar de l'extrême réserve qui le caractérise. A-t-il seulement le droit d'exister ? Il se le demande tellement sérieusement, de manière si obsédante. Nous rejoignons ici ce qui distinguait pour Freud la tristesse du deuil du caractère pathologique de la mélancolie : « La mélancolie se caractérise du point de vue psychique par une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches et des autos-injures et va jusqu'à l'attente délirante du châtement. Ce tableau nous devient plus compréhensible lorsque nous considérons que le deuil présente les mêmes traits sauf un seul : le trouble du sentiment d'estime de soi manque dans son cas¹⁵. »

Cette dimension d'auto-reproches ou parfois simplement « la diminution du sentiment d'estime de soi », vient signer la logique pathologique.

Le déprimé serait-il devenu un être détestable ? « La perte de l'objet d'amour est une occasion privilégiée de faire valoir et apparaître l'ambivalence des relations d'amour. »¹⁶ Et « Si l'amour pour l'objet, qui ne peut pas être abandonné tandis que l'objet lui-même est abandonné, s'est réfugié dans l'identification narcissique, la haine entre en action sur cet objet substitutif en l'injuriant, en le rabaisant¹⁷, en le faisant souffrir et en prenant à cette souffrance une satisfaction sadique. »¹⁸ Voilà qui confirme la clinique quotidienne, les personnes déprimées se vivent comme un objet de haine—formulation plus précise finalement que « la diminution du sentiment d'estime de soi »—même quand les auto-reproches ne vont pas jusqu'à l'expression délirante de la mélancolie.

Si la psychanalyse nous permet de découvrir derrière le vécu dépressif celui d'être un objet de haine, nous enseigne-t-elle plus précisément de quel type d'objet il s'agit et de qui vient cette haine ? Nous pensons qu'il y a peut-être moyen de reprendre la description freudienne pour montrer que la dramaturgie de la dépression ne tient pas seulement, par le biais d'une identification narcissique à l'objet d'amour perdu, à un retournement sur le moi de la haine contenue dans l'ambivalence de la relation. Il ne s'agit pas seulement d'un drame intérieur, mais, comme nous l'indique l'histoire de Monsieur Valentin, aussi de la rencontre dans certaines circonstances d'une haine de l'autre revenant dans le réel : la rupture imposée par une femme aimée, la tromperie méchante d'un patron *a priori* apprécié et respecté.

15 « Deuil et mélancolie », p148-149, in « Métapsychologie », Paris, Gallimard, 1968.

16 Ibid., p160.

17 « DEPRIMER v.tr. est emprunté (1314) au latin *deprimere* « presser de haut en bas », de *de-* et *primere* (presser), d'où « abaisser, enfoncer » et au figuré « rabaisser ». » Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain Rey, Paris, Le Robert, 1992.

18 « Deuil et mélancolie », p. 161.

« Les causes déclenchantes de la mélancolie débordent en général le cas bien clair de la perte due à la mort et englobent toutes les situations où l'on subit un préjudice, une humiliation, une déception, situations qui peuvent introduire dans la relation une opposition d'amour et de haine ou renforcer une ambivalence déjà présente. »¹⁹ Autrement-dit, quand le futur déprimé se retrouve confronté à des situations où la haine est extrêmement présente, des situations où le sentiment d'être haï—le « préjudice », l'« humiliation »—provoque la violence de sa propre haine, il va s'interdire de se laisser aller à la vengeance. Il va reculer devant l'« agressivité » jusqu'à venir inhiber l'ensemble de sa motricité en consentant à se constituer, non pas comme un sujet haineux—ce que le sujet ne peut s'empêcher d'être aussi, fondamentalement—mais comme un objet de haine.

Etre un objet de haine.

Reprenons une question que nous avons laissée en suspend : quand les personnes déprimées se retrouvent constituées en objets de haine, de quel type d'objet s'agit-il ? Nous pouvons relancer notre réflexion à partir d'une autre constatation clinique. J'ai été frappé par une remarque qui se trouve dans la préface de la nouvelle édition de « Malaise dans la culture » où Jacques André cite Freud écrivant à Lou Andreas-Salomé : « L'anal est le symbole de ce qui est à rejeter, à éliminer de l'existence ».

Il me semble que ce lien de la haine avec l'analité peut éclairer ce que c'est qu'être un « objet de haine ». Et ça éclaire du même coup cette constatation, extrêmement fréquente avec les gens qui sont déprimés, qu'ils en arrivent inévitablement à dire : « je suis une merde ; je ne suis qu'une merde ! » et donc : « je suis quelque chose qui est à rejeter de l'existence ». La personne déprimée serait celle qui se constitue comme son propre objet de haine et sous la forme privilégiée de l'objet fécal. De cet objet qui a la particularité de sans cesse chuter, ce qui correspond à la phénoménologie de la dépression. Les « déprimés » chutent et restent couchés, plus rien de leur corps ou de leur parole ne peut s'ériger. Ils sont rattrapés par une gravitation mortelle.

Mais cette identification à un objet fécal signerait alors l'impossibilité, face à la haine, de pouvoir soutenir une position de sujet désirant. Pourrait-on dire que le sujet va se trouver comme happé vers une position d'objet pulsionnel, ce que Jacques Lacan avait désigné comme objet *a* ? Il n'est, en effet, pas interdit de penser que quelque chose de cet ordre se produit clairement dans la mélancolie.

Une telle identification a alors ceci de particulier que l'objet pulsionnel en question n'est plus « phallicisé » (en termes lacaniens), érotisé (en termes freudiens). Cela n'a, en effet, rien à voir avec la composante anale que

19 Ibid., p 161.

l'on peut retrouver—là, extrêmement érotisée—dans les compulsions obsessionnelles ou dans les pratiques perverses, notamment sado-masochistes. N'être plus qu'une « merde », c'est être devenu un pur objet de haine, objet à virer non-plus au compte d'Eros mais bien à celui de Thanatos. On retrouve la logique qui conduisait Freud à voir dans la mélancolie l'expression d'une « pure culture de la pulsion de mort ». Ainsi, les processus dépressiogènes correspondent-ils à une forme de « déphallicisation » qui, du sujet, s'étend au monde-même dans lequel vit la personne déprimée. Qu'est-ce que le « phallus » ? On peut en trouver une belle définition, autant claire que condensée, dans le « Dictionnaire de la psychanalyse »²⁰ : « ...signifiant désignant l'ensemble des effets du signifiant sur le sujet, et en particulier la perte liée à la prise de la sexualité dans le langage. » C'est cette partie perdue de la sexualité que le refoulement originaire va projeter sur le monde en le rendant brillant et attractif. De ce point de vue, toute dépression se présente comme une défaite de la sexualité et semble nous indiquer que pour revoir le phallus dans la beauté du monde, il faudra supporter la haine.

Une lâcheté morale ?

Lacan a présenté la dépression comme la conséquence d'une certaine « lâcheté morale ». Celle-ci n'est pas sans faire écho à Freud citant Hamlet : « C'est ainsi que la conscience morale fait de nous tous des lâches... »

En fait, voilà comment la citation shakespearienne vient s'insérer dans le texte freudien : « Cela peut bien avoir dérangé l'architecture de ce traité, mais correspond tout à fait à l'intention de mettre en avant le sentiment de culpabilité comme le problème le plus important du développement de la culture, et de montrer que le prix à payer pour le progrès de la culture est une perte de bonheur, de par l'élévation du sentiment de culpabilité. »²¹ Ici, nous sommes renvoyés à une note en bas de page que je vais retranscrire intégralement : « « C'est ainsi que la conscience morale fait de nous tous des lâches... » [Shakespeare, monologue d'Hamlet (*Hamlet*, III, 1)] Le fait de dissimuler à l'être adolescent quel rôle la sexualité jouera dans sa vie n'est pas l'unique reproche qu'on doive adresser à l'éducation d'aujourd'hui. Elle pêche en outre en ceci qu'elle ne le prépare pas à l'agression dont il est destiné à devenir l'objet (c'est moi qui souligne). En lâchant la jeunesse dans la vie avec une orientation psychologique aussi inexacte, l'éducation ne se comporte pas autrement que si l'on équipait des gens partant pour une expédition polaire avec des vêtements d'été et des cartes des lacs lombards. Un certain abus des exigences éthiques apparaît ici avec netteté. La sévérité de celles-ci ne causerait guère de dommages si l'éducation disait : tels devraient être les hommes pour devenir heureux et

pour en rendre d'autres heureux ; mais il faut s'attendre à ce qu'ils ne soient pas tels. Au lieu de cela, on fait croire à l'adolescent que tous les autres remplissent les prescriptions éthiques, qu'ils sont tous vertueux. Par-là on fonde aussi l'exigence que lui aussi le devienne. »²²

Outre le fait que la lecture de « Malaise dans la culture » éclaire singulièrement la dépression par son étude de la transformation de « la tendance à l'agression » en « besoin de punition », que de cette manière il constitue un des ouvrages de référence pour comprendre pourquoi la « dépression » est devenue la « maladie du XXIème siècle », ces lignes—même si elles peuvent paraître datées—exemplifient la violence de l'adulte quand il rend la haine impensable à l'enfant. Ainsi Monsieur Valentin s'est-il retrouvé projeté dans la dureté d'un univers polaire—les morts violentes de son père et de son frère, sa survie—sans qu'une équipe de secours ne vienne lui fournir le matériel pour éviter la glaciation, glaciation des avatars du désir et du destin qui le laisse si vulnérable devant ce que la haine fait résonner en lui. « Le même raisonnement conduira Freud à reconnaître les prototypes de la haine dans la lutte du moi pour son affirmation »²³

Un traitement psychanalytique de la dépression ?

Comment peut-on « guérir » d'une dépression ? Je crois qu'on peut dire que l'enjeu thérapeutique, vital, des dépressions réside dans cette formule : il faut pouvoir *subjectiver sa haine*, et donc la dissocier de celle de l'autre.

Je tiens à souligner que la plupart des dépressions « sérieuses²⁴ » demandent des interventions

22 Ibid.

23 Serge André dans la préface à « Malaise dans la culture ».

24 Cette adjectif vient souligner l'importance d'un repérage clinique qui distingue les dépressions « vraies » du vécu normal du deuil qui est de plus en plus, abusivement, considéré comme un état pathologique. Il est, à ce sujet, intéressant de remarquer que le DSM-IV indique que les manifestations majeures du deuil de peuvent être qualifiées de « normales » que si elles ne s'étendent pas sur plus de deux mois ! Il est pourtant de constations courantes qu'un deuil normal peut très logiquement prendre plusieurs années. Même si son expression devient avec le temps moins spectaculaire, quel critère normatif peut réserver à deux mois sa phase « aiguë » ? Le deuil, comme expérience humaine incontournable, a-t-il encore sa place dans notre société ? En 1915, Freud pouvait écrire : « Le deuil sévère, la réaction à la perte d'une personne aimée, comporte le même état d'âme douloureux, la perte de l'intérêt pour le monde extérieur—dans la mesure où il ne rappelle pas le défunt—, la perte de la capacité de choisir quelque nouvel objet d'amour que ce soit—ce qui voudrait dire qu'on remplace celui dont on est en deuil—, l'abandon de toute activité qui n'est pas en relation avec le souvenir du défunt. Nous concevons

20 Chez Larousse, sous la direction de Roland Chemama, Paris, 1995.

21 « Malaise dans la culture », p77.

pluridisciplinaires. Il est rarement possible, pour une personne sévèrement déprimée, de faire l'économie d'un traitement médicamenteux. L'étendue des angoisses, des ruminations, des problèmes de sommeil, de la douleur d'exister...rend non seulement la vie « réellement »—de par l'insistance du réel des pulsions de mort—insupportable mais la manière avec laquelle cela vient figer la pensée rend le travail analytique presque impossible. Il faut desserrer cet étau pour redonner à la psyché une certaine capacité de mouvement. Il y a aussi d'autres sédations, non pharmacologiques, qui peuvent se montrer très utiles et elles sont souvent trop peu exploitées. Le sport, les activités culturelles et sociales au sens large sont d'autant plus intéressantes qu'elles ne sont pas pratiquées spontanément par les patients. Il faudra donc les y inviter voire les y accompagner, d'autres partenaires que le médecin peuvent ici trouver leur place : kinésithérapeutes, sociothérapeutes, artistes animateurs, infirmiers, associations culturelles sans oublier les ressources « naturelles » de l'entourage. Cette articulation de prises en charge multiples n'est pas réservée au cadre d'éventuelles hospitalisations. Même en ambulatoire, une certaine offre relationnelle, kaléidoscopique, peut être proposée au patient et l'on verra ce qu'il en retient. C'est, en effet, bien lui qui créera, à partir de ces disponibilités, son propre réseau qu'on verra s'apparenter à ce que Jean Oury²⁵ a défini comme « constellation transférentielle » en psychothérapie institutionnelle. Si la psychothérapie institutionnelle peut se pratiquer en ambulatoire (Delion²⁶), cela ne veut pas dire que toutes les personnes déprimées doivent être entourées d'un armée de « thérapeutes » en plus de leur entourage mobilisé au quotidien ! Qu'il y ait constellation transférentielle ne veut pas dire non-plus que cette « équipe » doit se réunir régulièrement pour harmoniser la « prise en charge » ! Il peut être plus pertinent que ces différents « intervenants » n'aient pas trop de contacts entre eux. Ce que je veux souligner, c'est que si le travail analytique profite pour son avancement de cette toile de fond, il n'en garde pas moins sa spécificité même s'il ne peut pas prétendre à être l'alpha et l'oméga du traitement.

facilement que cette inhibition et cette limitation du moi expriment le fait que l'individu s'adonne exclusivement à son deuil, de sorte que rien ne reste pour d'autres projets et d'autres intérêts. *Au fond ce comportement nous semble non pathologique pour la seule raison que nous savons si bien l'expliquer.* » Et « *Il est aussi très remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber.* » (Deuil et Mélancolie). Freud pourrait-il encore écrire la même chose aujourd'hui ?

25 Jean Oury, « Psychanalyse et psychiatrie et psychothérapie institutionnelles » in L'apport freudien, sous la direction de Pierre Kaufmann, Bordas, Paris, 1993.

26 Pierre Delion, op cité.

Ainsi, Monsieur Valentin continue à voir son médecin traitant et la psychiatre rencontrée à l'hôpital. Il effectue certaines démarches sociales et garde certains contacts avec ses collègues. Je ne m'empêche pas de questionner sa manière d'occuper son temps, risquant l'une ou l'autre suggestion sans trop m'y attarder. Essayant d'éviter le registre de la prescription « psychothérapeutique », j'ai estimé que ces interventions pouvaient réintroduire un mouvement favorable à celui de l'association libre ; comme une invitation au mouvement.

Il est temps, maintenant, d'essayer de préciser ce que suppose, face à une telle dynamique clinique, un positionnement psychanalytique adapté quand l'insistance de la pulsion de mort occupe autant le terrain. Christophe Dejourn me paraît, de nouveau, particulièrement pertinent à ce sujet : « Toutefois, dans beaucoup de cas, il est vrai qu'on n'a pas affaire à la pulsion de mort isolée et que le passage à l'acte, la conduite perverse, la crise d'épilepsie, etc., offrent en quelque sorte une issue pour l'inconscient amential (pulsion de mort) et pour l'inconscient refoulé (pulsion de vie et corps érogène). Dans ce cas, la conduite pathologique se joue dans un climat de jouissance impressionnant²⁷. C'est par rapport à ces conduites pathologiques que l'interprétation de la composante érotique, de façon classique, est discutable. En effet, au lieu de susciter un mouvement second de remaniement de la composante érotique, le risque est de cliver à nouveau la relation d'emprise, et d'aboutir ainsi à libérer la pulsion de mort de ses amarres libidinales. Au contraire, dans ces cas, l'analyste peut se déporter dans ses interventions sur ce qu'il saisit de l'emprise. Il donne alors une chance au patient d'avoir à réorganiser sa violence autrement, en s'appuyant, puisque l'analyste n'a pas compromis la composante érotique, sur les investissements entrouverts par la libido de transfert. C'est donc par une certaine posture face à ces comportements pathologiques que l'on peut favoriser les réaménagements qui conduiront progressivement au déplacement du clivage. »²⁸

Très concrètement, il s'agit de pas trop s'attarder sur le matériel névrotique habituel—ne pas l'interpréter trop vite—pour marquer son intérêt par rapport à tout ce qui vient indiquer les enjeux de la haine, plus fondamentaux, que j'ai détaillés plus haut. Une certaine attitude de l'analyste vient indiquer l'importance de ces enjeux dans la vie du patient et lui signifier qu'il n'est pas interdit de penser sa violence, que c'est même ce qu'il faut s'engager à faire. Subjectiver sa haine disais-je. On éprouvera, dans le transfert, que la possibilité de soutenir une telle « attitude » d'attention à tout ce qui de la pulsion de mort s'est avéré destructeur mais peut, maintenant « resurgir », pour se voir « mis à l'œuvre » comme moteur

27 On se rappellera les ivresses carabinées de Monsieur Valentin, occasion autant de décharges pulsionnelles que de « retrouvailles » avec le coma.

28 « Le corps, d'abord », p145.

de la négativité indispensable à tout travail de pensée, n'est possible qu'en référence à sa propre analyse où la dimension vitale de la pulsion de mort a pu être éprouvée. Pour autant, cette question se retrouvera relancée par le transfert avec une insistance toute particulière.

Un des écueils « contre-transférentiels » se retrouvera dans la difficulté à soutenir cette position inconfortable et dans le risque de revenir à une écoute plus traditionnelle que la haine vient déranger. En diminuant son implication transférentielle, l'analyste peut retrouver les apparences d'une neutralité bienveillante qui produit, du coup, l'effet, d'un déni de la violence qu'il peut ressentir lui-même. Ce que Ferenczi avait qualifié justement d'« hypocrisie professionnelle » et dans laquelle il voyait un redoublement du traumatisme de l'enfance, une répétition du silence des parents devant la violence dont l'enfant avait été l'objet. Il faudra, au contraire, trouver les moyens de ne pas sombrer dans une complaisance consistant à ériger le sujet en pure victime ; mais sans céder sur la reconnaissance de ce qui, dans l'histoire singulière de quelqu'un, même par omission, dans le silence, est venu lui faire violence et surtout le priver de la possibilité de penser cette violence.

« Cette position implique que le travail s'attaque non seulement à ce qui est positivement apporté par le patient dans les séances, mais aussi à tout ce qui y manque : *sémiologie du négatif, du manquant*. Il s'agit de l'interprétation du non-représenté, sans laquelle il n'y a pas d'analyse à proprement parler. »²⁹ Cette indication me paraît d'autant plus précieuse que dans le cas de Monsieur Valentin, comme dans celui de la plupart des personnes déprimées, les manifestations de la haine viennent s'inscrire en creux. Qui plus est, dans son cas, l'importance singulière des symptômes « somatiques » que l'on aurait pu considérer tantôt comme des expressions aiguës du stress, tantôt comme des conversions hystériques—ce qu'ils sont sans doute aussi—venait donner à entrevoir que son corps était devenu le mémorial énigmatique d'un événement en attente de paroles. Vous pourrez vous rappeler mes perplexités et mon sentiment d'étrangeté, surtout dans la phase de début des entretiens ; le clivage émotionnel entre la violence des événements, des symptômes et le ressenti conscient de Monsieur Valentin. Mais la dimension de l'« irreprésenté »³⁰ est encore plus manifeste dans les zones d'ombre qui entourent non seulement « l'accident » lui-même mais aussi toute l'histoire familiale qui l'a précédé.

Que le travail analytique vienne buter sur une absence de représentation est évidemment fréquent. C'est encore autre chose quand l'on rencontre une interdiction de la représentation et un devoir d'oubli qui semblent correspondre à la nécessité de protéger un parent. Mais cela fait partie des « trous noirs » des transmissions

transgénérationnelles. « Trous noirs » non seulement par leur obscurité mais aussi par leur énorme pouvoir d'attraction, à l'instar des trous noirs découverts par les astrophysiciens et qui représentent une masse d'une telle densité qu'ils produisent une force gravitationnelle capable d'aspirer des étoiles et leurs systèmes. Les trous noirs transgénérationnels paraissent impensables mais ils ne cessent de produire du « destin », de la répétition. Quand on les rencontre dans une cure, il peut s'avérer indispensable d'induire ou de soutenir la recherche d'informations, que ce soit auprès de la famille ou, si nécessaire, par des moyens plus indirects. Une information « historique » vaut autant par son contenu que par tout ce qui l'entoure, notamment la façon dont-elle peut être rapportée. Souvent, le chemin pour l'obtenir est lui-même essentiel. Aussi, quand Monsieur Valentin me reparle de son souhait d'en savoir plus sur son enfance tout en mettant en avant les difficultés diverses qu'il doit affronter pour y parvenir, j'essaie de lui signifier ce que je pense de l'importance de cette démarche tout en mesurant la temporalité d'un tel processus psychique.

C'est qu'il ne s'agit pas que de lui. Dans cette valse-hésitation qui le lie depuis très longtemps à sa mère, se retrouve ce que Ferenczi avait appelé : « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant ». Pourtant le matériel que Monsieur Valentin a amené jusqu'à maintenant n'évoque pas un thème d'abus sexuel dans la réalité. Il y a néanmoins eu une confusion de langue entre l'enfant qu'il a été et les adultes qui l'ont entouré dont le résultat paraît éminemment destructeur. Au moment où, sortant du coma, il s'est présenté comme l'enfant dont la force de vie avait triomphé de la mort, formidable et coupable d'être encore vivant, il ne semble pas avoir trouvé un univers narratif qui puisse donner sens à autant de violence³¹. Ses paroles d'enfant n'étaient pas recevables et les questions qui (ré)émergent maintenant sont sans doute les mêmes qu'au sortir du coma. Rien ne nous autorise à porter un jugement moral sur les aléas, au sein d'une famille, d'un pareil drame ; mais l'éthique de la psychanalyse tout autant que sa méthode nous imposent de mesurer, dans le détail, l'impact de la haine quand elle ne devient pas pensée. A charge pour nous, qui avons choisi ce type de rencontres, d'en assumer les conséquences cliniques.

Didier Robin

avril 2009.

4 Place de Nassau,
5032, Corroy-le-château,
Belgique.

Tél : 00 32 479 29 48 84

Mail : didierrobin@tele2allin.be

29 Ibid. p 145

30 Ce néologisme essaye de souligner qu'il ne s'agit pas seulement de « non-représenté » dans un sens purement descriptif, mais aussi de l'effet d'une force qui refuse la représentation.

31 Comment expliquer autrement qu'il ait pu (ou dû ?) se fabriquer un faux souvenir de l'enterrement de son père et de son frère ?

Penser la pratique en réseau à partir de la clinique psychanalytique.

Réflexion à partir du séminaire AMC 2006 /2010

Depuis la note de Magda Alvoet en 2001¹, le *SPF Santé Publique*, dont elle était alors ministre, insiste de diverses manières pour que les intervenants et les institutions en santé mentale se préoccupent sérieusement d'articuler leurs pratiques avec celles des autres structures, dont celles de secteurs connexes. L'accent mis sur les circuits de soins avait provoqué diverses réactions face à la perspective de trajets prédéterminés et linéaires. Les critiques concernaient le risque de nier la valeur pour les patients de choisir le tracé de leur circulation et la nécessité clinique de boucles et autre aller-retour. Il fallait faire entendre l'inadéquation du schéma « maladie — soins — guérison » dans le traitement et l'accompagnement de nombreux patients relevant de la psychiatrie. Après cette note qui n'était alors qu'un texte d'intentions, lors du lancement des « projets thérapeutiques »² en 2006, le ministère et son administration ont voulu imposer un modèle de travail en réseau, manifestant par là une véritable ingérence dans la conception même des soins et de l'accompagnement thérapeutiques. La foi en une lecture prétendument scientifique de l'encadrement nécessaire pour une population qualifiée de « chronique et complexe »³ grâce à la série « besoins, troubles, objectifs, protocoles, résultats et évaluations » était en route, en décalage radical par rapport à la réalité de terrain. Cette entreprise de gestion publique avec ses outils d'objectivation s'avère inadéquate à notre objet, à savoir

la souffrance subjective et les débordements d'un être non de besoins, mais d'un être parlant, siège de désirs, de passions et de pensées irrationnels.

Grâce à la détermination des plateformes de concertation, la réaction des professionnels, a permis de faire reculer les pouvoirs publics. Une grande majorité de ces « projets thérapeutiques » ne se sont pas poursuivis. Les péripéties de ceux qui s'y sont impliqués ont permis que la réflexion des professionnels aboutisse à la rédaction d'un document essentiel qui pose les termes mêmes de cette problématique du travail en réseau en opposant deux termes : expérimentation et formalisation⁴.

La volonté de promotion de projets centrés sur le réseau reste active aujourd'hui à travers ce qu'il est devenu commun de nommer « le 107 ». Alors qu'un semblant d'initiatives dans les modalités pratiques semble laissé aux institutions, l'orientation générale reste la même. Il s'agit de traiter les difficultés de prise en charge d'un ensemble de patients, en pariant essentiellement sur le dispositif, sur l'organisation des soins. Si cela importe, il ne faut pas oublier que le travail réel repose avant tout sur la dimension relationnelle et que cette dernière n'est pas réductible à de la technique. De ce point de vue le travail en réseau est encore et toujours à penser. Il ne cessera pas de venir interpellé tout dispositif, surtout si celui-ci tend à être rigide.

Le pari de l'AMC (Adéquation des Modalités de Collaboration)

Dans le présent texte, il ne s'agit pas de déployer les différentes facettes sociopolitiques de cette problématique de l'avenir de la psychiatrie, mais de rendre compte du travail produit par le groupe nommé AMC constitué en 2006.

1 M. ALVOET, en collaboration avec F. VANDENBROUCKE, *Note de politique relative aux soins de santé mentale. La psyché : le cadet de mes soucis?* publication du Ministère de la Santé publique, de la Protection de la Consommation et de l'Environnement, Bruxelles, 2001.

2 Voir à ce propos les données officielles sur <http://www.inami.fgov.be/care/fr/mental-health/therapeuticProjects/index.htm>

3 Par ces termes qui ne relèvent nullement d'une quelconque nosographie, il s'agit de définir des patients nécessitant d'une part des soins à long terme, sans attente de réelle guérison d'où le terme chronique. Ceci fait référence à la différenciation faite en anglais entre les verbes care et cure, soit entre soigner et guérir. Et d'autre, ces patients ont besoin d'une en charge de plusieurs services devant s'articuler au mieux, d'où le qualificatif complexe.

4 Note de consensus de septembre 2009 « les projets thérapeutiques : expérimentation versus formalisation »

À l'époque, en tant que « projet thérapeutique », le projet AMC n'avait pas été retenu parce qu'il n'entrait pas suffisamment dans le cadre prédéterminé par l'Administration. Ce projet manquait à ses yeux de formalisation méthodologique. C'était la sanction prévisible, puisque le fondement du projet était précisément la mise en question de cette formalisation. Sous cette abréviation énigmatique et quelque peu ironique, la réflexion de ce collectif regroupant des intervenants venant de plus de 20 institutions s'est centrée sur la recherche de ce qui pouvait réellement relever de la formalisation du travail en réseau d'où cette nomination « Adéquation des Modalités de Collaboration ».

Le groupe s'est réuni à un rythme trimestriel, de janvier 2006 à juin 2010. Sa composition n'était pas constante. Quelques personnes ont assuré un noyau permanent, permettant de donner une continuité aux discussions. D'autres participants sont venus plus ponctuellement, en fonction des thèmes traités ou des études de cas abordés. Tout en restant fidèle à *l'a priori* méthodologique de partir de ce qui est spécifique à chaque cas, notre objectif était bien de découvrir s'il n'y avait pas des régularités, des points de repère qui pourraient constituer une base clinique pour penser l'organisation du travail en réseau. Il s'agissait de faire contrepoint à l'emballement pour une rationalisation gestionnaire dont nous connaissons les ravages en termes de déshumanisation. C'est une inquiétude dans notre secteur comme dans d'autres tels que la justice et l'enseignement. La passion pour la modélisation qui sous-tend cette approche produit l'effacement du nécessaire questionnement par chacun de la juste façon de collaborer dans chaque situation. Par définition, la modélisation cherche à réduire la diversité à des catégories de patients et de troubles, ainsi que des protocoles standardisés indissociables d'instruments de contrôle et d'évaluation qui assurent l'illusion de maîtrise. Notre hypothèse, qui s'est confirmée, était que cheminer vers un accompagnement de qualité implique au contraire d'être au plus près d'une invention de réseau propre à chacun.

Loin de nous l'idée de s'opposer à la perspective du travail en réseau. Au contraire, pour la population visée, cela peut s'avérer particulièrement indiqué et il y a certainement de nombreuses améliorations à y apporter au regard des impasses répertoriées. Par exemple, les relais pour une

réelle continuité des soins et l'articulation des différents intervenants pourraient être bien meilleurs. De ce point de vue, la poussée des pouvoirs publics se justifie. Mais comment produire une évolution qualitative ? Ce qui est sûr, c'est que les simples orientations, transferts ou communications de rapports médicaux et sociaux s'avèrent de pauvres moyens pour garantir la continuité des soins.

Formalisation versus expérimentation.

On peut avoir comme conception du réseau qu'il s'agit d'un ensemble de lieux reliés entre eux et de mécanisme pour faciliter la circulation du patient entre ces endroits. Dans la réalité, s'agit-il pour autant d'un système simple fait d'éléments interagissant entre eux selon un certain nombre de principes ou règles ? Autrement dit, peut-on observer la prédominance de routines dans les interactions ? Peut-on parler de frontières ou limites déterminant des entités appartenant au système et d'autres restant au-dehors, dans un environnement considéré comme pure extériorité ?

Cette approche « machinique » du réseau indissociable de l'illusion d'un possible contrôle de son fonctionnement et de sa régulation des variables en termes d'*input*, d'*output* et autre *feedback*, doit être dépassée. C'est l'enjeu même de la note évoquée plus haut : Expérimentation versus formalisation.

La formalisation représente cette tendance à structurer quasi organiquement les interactions entre institutions, déterminant les modalités de circulation des patients dans le réseau, sur base de la définition des rôles respectifs des acteurs, comme s'il ne s'agissait que de répondre au souci fonctionnel « qui fait quoi ? ». Dans cette perspective, on pense la santé mentale comme une réalité objective, à partir de la notion contestable de « normalité », en oubliant que celle-ci n'est qu'une abstraction mathématique. Cette approche est totalement antinomique avec la nécessité d'inventer, avec chaque être parlant, ce qui fait lien social pour lui. De la même façon, partir de l'objectivation des besoins, de la définition d'objectifs quantifiables et de méthodes standardisées nous écarte de l'accompagnement et ses incontournables méandres.

L'expérimentation, quant à elle, ne doit pas être entendue dans son sens restreint de test de laboratoire tentant de comprendre les réactions d'éléments mis en présence dans certaines conditions strictement contrôlées. Il ne

s'agit pas simplement de revendiquer d'avoir le temps de la recherche préalable à la formalisation, mais de défendre l'idée que l'expérimentation est une démarche qui, partant de la complexité des interactions et des liens, exige des intervenants d'être dans un processus continu d'inventions et de rectifications fréquentes de leur position, tant avec le patient qu'à l'occasion de contacts avec les tiers. Il est impossible de penser l'accompagnement individuel, et *a fortiori* en réseau, sans tenir compte de l'émergence régulière et incontrôlable de nouveaux éléments qui influencent la situation. Au premier plan, les phénomènes d'interprétation, indissociables de la question clé « Que me veut-on ? », ne cessent pas de remettre en question l'investissement de tel ou tel intervenant par le sujet⁵. On ne peut nier l'extrême difficulté de tenir compte de la sensibilité des patients à ces éléments qui viennent de l'autre et qui les perturbent : attitudes autoritaires, ton de voix, regards, etc.

Le réseau du sujet

Dans une perspective clinique, il s'agit premièrement d'inverser l'ordre des termes. Il n'y a pas d'abord le réseau et puis l'usager, terme ô combien inadéquat qui, voulant dépasser la passivité et la dépendance souvent associées au terme de patient, occulte la dimension de souffrance d'un sujet pour assimiler ce dernier à un consommateur de services et à ses droits. Il y a d'abord un sujet qui circule, qui parcourt le champ social, d'où se déduit son réseau fait de lieux et de liens avec des personnes particulières plutôt qu'avec des institutions anonymes.

Deuxièmement, des sujets ont un réseau dense et d'autres un réseau restreint ; certains investissent énormément leurs partenaires, d'autres de manière minimaliste. Certains souhaitent que les membres de leur réseau soient en communication, d'autres pas. Des patients ne peuvent pas supporter que leurs partenaires soient en contact sans eux ; d'autres préfèrent que ça se passe sans eux.

Il ne s'agit pas ici de suivre les soi-disant caprices des uns et des autres, mais de prendre la mesure de raisons cliniquement repérables et pertinentes. Pour l'un, parler « derrière lui » est une menace de complot ; un second

sait d'expérience qu'assister à une rencontre à plusieurs produit systématiquement dans son corps des sensations bizarres qu'il préfère éviter ; un troisième est oppressé à l'idée qui ne le quitte pas d'être devant un tribunal, un quatrième apprécie ce genre de rencontre où il a l'impression que sa famille est réunie, etc. Il découle de cette série non exhaustive que la façon pour chacun de savoir y faire avec sa souffrance dans le monde qui l'entoure n'est pas compatible avec un modèle de réseau valable pour tous.

Troisièmement, l'inscription sociale d'un patient peut avoir l'apparence d'un système organisé, fait de régularités et d'habitudes. Tant mieux si cela témoigne du montage d'un sujet ayant trouvé une certaine stabilité. Mais le plus souvent, quand on prend du recul en observant une longue tranche de vie, on ne constate que peu de fixité des modalités de circulation. De nouveaux lieux sont fréquentés, d'autres sont désertés, certains sont investis pour un temps, intensivement, d'autres occasionnellement, d'autres régulièrement.

Ce sont là les résultats évidents, issus de nos discussions AMC lors de notre première année centrée sur l'étude longitudinale et transversale approfondie de cas fréquentant plusieurs de nos institutions. Ceci s'est confirmé par la suite. Après tout, lesdits patients fonctionnent comme tout un chacun qui, au fil de ses intérêts, de son degré de satisfaction ou de déception, amorce de nouveaux liens, en maintient certains et se détache d'autres.

Ceci donne l'indication majeure que la qualité du lien qu'il soit thérapeutique, d'aide ou de soutien prime sur toute considération organisationnelle qui pêche toujours par une approche de l'individu comme homme moyen, soit comme unité comptable inexistante. De cette perspective, on néglige la complexité de l'accompagnement réellement « sur mesure », pour privilégier ce qui sera établi comme soi-disant « bonnes pratiques » pour tous. L'ironie est que dans leurs écrits, depuis une décennie, les pouvoirs publics mettent l'accent sur une approche centrée sur le patient.

Le primat de la dimension relationnelle.

La dimension relationnelle ne relève pas des techniques de communication. Séduction, suggestion et persuasion ne valent pas mieux que la coercition pour établir un lien fiable. Être digne de confiance, être fréquentable, faire en

⁵ Se pose aussi la question de l'investissement de l'intervenant, qui parfois ne peut supporter, « faire avec » l'instrumentalisation d'autres institutions à son égard, sa fonction, sa vision engagée de l'accompagnement. Par exemple, lors de la confrontation de deux temporalités dans l'accompagnement d'un enfant et de sa famille, la temporalité sociale et protectionnelle autour de l'enfant est sans rapport, sans commune mesure avec la temporalité psychique d'un parent et pourtant la première voudrait inféoder la seconde.

sorte que la personne en difficulté ait envie de faire appel à quelqu'un, cela ne se programme pas. De même, la relation thérapeutique n'est en aucun cas réductible à une relation contractuelle qui garantirait un engagement réciproque figé. Le cadre –aussi clair soit-il– n'est qu'un point d'appui partiel. Par exemple, pourquoi tant de résidents en IHP, relevant tous de la population visée par les réseaux, demandent-ils à être accompagnés lors de démarches auprès de services divers ? Ce n'est pas parce qu'ils sont incapables de comprendre le contenu des démarches, mais parce qu'ils redoutent l'inédit des rencontres avec des inconnus ou des personnes avec lesquels ils ne sont pas à l'aise. Comment leur singularité, leurs fantaisies, leurs bizarreries, leur incapacité à fonctionner comme des êtres suffisamment rationnels seront-elles accueillies ?

Dans le même sens, qu'observe-t-on chez ceux qui se retrouvent en situation d'extrême précarité sociale, les SDF ? Pourquoi certains préfèrent-ils le silence ou l'errance ? Malgré l'importance des dispositifs sociaux et sanitaires, ils ne trouvent pas dans le système social, sanitaire, éducatif de place pour leur être. Les lieux susceptibles de les accueillir restent trop menaçants pour eux. Comment penser la mise en place de dispositifs suffisamment souples et légers pour leur permettre de trouver un peu de répit ? Comment, dès le moment où nous devenons partenaires d'un sujet, être individuellement, et parfois à plusieurs, attentifs à la qualité des liens du sujet ? Cette question ne relève pas du dispositif réticulaire mais bien de chacun. Chaque intervenant a à penser sa façon de communiquer avec chaque patient, en tenant compte du rapport de ce dernier au langage et à l'autre.

« Parler ça fait du bien » dit le slogan psy. Pour un sujet qui se perd dans une métonymie infernale, pour un autre chez qui les mots ont un impact trop réel, ou encore pour un troisième que toute question plonge dans la perplexité, parler est loin de faire du bien. Au contraire, bien souvent la sobriété s'impose. Mieux vaut, dans certains cas, prendre les problèmes par leurs côtés les plus concrets, éviter les abîmes de la recherche du sens et de la vérité. La prédominance chez certains de l'image, du regard qui fait qu'ils scrutent le même ou le différent, le complice ou l'ennemi, peut faire en sorte que de multiples petits signes d'étrangeté dans ce qui leur vient de l'interlocuteur parasitent ce qui se dit et rendent radicalement inopérant

le savoir et les repères qui en découlent pour s'orienter dans le monde. Le maniement de la parole, notre outil principal, exige de pouvoir repérer la façon spécifique dont elle pourra être la plus opérante à chacun.

Faire réseau entre intervenants, un changement de focus.

À partir de ces considérations, lors des réunions AMC, il nous est apparu que l'enjeu du travail de réseau n'est pas seulement de savoir « qui fait quoi ? ». Le passage d'une institution à l'autre devrait pouvoir s'accompagner de la transmission d'éléments de savoir-faire relationnel qui ont fait leurs preuves. Il ne s'agit pas de se communiquer tout ce que l'on sait du patient, mais quelques éléments de ce qu'il nous a appris pour que nous puissions être acceptés comme partenaire, quel que soit notre rôle institutionnel. Il s'agit de faire connaître ce que nous avons pu découvrir sur les modalités relationnelles qui ouvrent des perspectives de branchement social, ou sur celles qui ont mis à mal la relation.

Il découle de ceci que le seul élément pouvant faire l'objet d'une formalisation concerne la formation et non l'accompagnement particulier. Il s'agit de favoriser les rencontres entre intervenants hors prise en charge particulière. Si ces derniers se connaissent personnellement, comprennent les missions et les dispositifs des autres, s'ils ont repéré ce qu'ils peuvent se dire et comment le dire, alors ils peuvent mieux soutenir l'invention d'un réseau par et pour tel sujet.

Donc, il vaut mieux que les intervenants se rencontrent, qu'ils parlent, échangent, créent des liens interpersonnels, pour être aptes à se faire partenaires de l'invention réticulaire de celui qu'ils accompagnent dans l'existence pour une durée très relative⁶.

C'est bien cela qu'il ne faut pas perdre de vue. Si le réseau sert à quelque chose, c'est de soutenir l'invention d'une solution singulière faite de trois éléments : premièrement des repères symboliques et imaginaires propres au sujet pour se situer dans sa vie et dans son environnement, deuxièmement des lieux et des liens sociaux pacifiés qui lui permettent de circuler et troisièmement le branchement sur des activités, plus ou moins nombreuses, susceptibles

⁶ Il faut souligner que selon les dispositifs existants, la durée d'une relation d'aide et/ou de soins, la durée de ce lien oscille entre un coup de fil ponctuel et des rencontres pouvant durer jusqu'à la pension du travailleur ou la mort d'un des deux. L'implication des partenaires est évidemment relative à la durée et à l'objet des rencontres.

d'apporter une certaine forme de satisfaction pulsionnelle. Ainsi certaines personnes trouvent leur équilibre en n'ayant d'autres activités que celles qui tournent autour de la bonne tenue de leur appartement et ne fréquentent que 2 ou 3 intervenants ou proches, alors que d'autres n'imaginent pas ne pas avoir un programme d'activités planifiées pour tous les jours de la semaine, soirées et week-ends compris.

Pour générer du lien social qui tienne, il convient de l'élaborer avec celui qui souffre, qui demande mal, qui ne se comporte pas comme il faut, qui sort du cadre. Le pire peut se situer là où le sujet est tenté de suivre les rails qu'on lui propose. Il croit pouvoir trouver un abri à la place qu'on lui réserve. Sa docilité peut lui nuire. La bienveillance, alliée aux idéaux d'insertion, peut devenir féroce, dès lors que le chemin suggéré est incompatible avec sa sensibilité. C'est dans ces ratages que se révèle l'importance de la conception même que l'on se fait de la santé mentale, du patient et des soins, dont l'organisation du réseau.

Les faux principes.

Nous avons déjà largement évoqué l'impasse principale de faire prévaloir les préoccupations organisationnelles au détriment de celles qui relèvent du fonctionnement du sujet et de ses façons de pouvoir faire lien social⁷. La série des cas étudiés, avec leurs réussites et leurs échecs, montre que le repérage des facteurs relationnels déterminants permet de se décaler d'une série de principes insuffisants, souvent évoqués autour du travail en réseau.

Ces principes témoignent de l'espoir ou l'envie de réduire la charge d'indétermination de nos pratiques relationnelles par des règles valables dans toute situation, ce qui constitue une variante du désir de formalisation. D'autre part, ils se soutiennent d'idéaux socialement en vigueur,

⁷ Bien que ce ne soit pas l'objet de ce texte, notons tout de même au passage que cette focalisation sur la coordination et l'articulation du réseau voile mal les graves problèmes d'embouteillage qui y règnent. Très concrètement, il manque de places ou de capacités d'accompagnement dans de nombreux dispositifs existants. La création d'unités de gestion de crise en ambulatoire n'y changera rien et apparaît dérisoire et hors propos au regard de nos constats qui mettent l'accent sur l'importance du fin et lent tissage de relations de confiance. Remarquons ici que la diversité des situations problématiques nous incite à encourager la constitution d'un réseau qui puisse offrir des formules d'accueil souples et variées : accueil sans contraintes de participation à des activités dites « thérapeutiques », accueil avec un fort encadrement et des contraintes rigides, accueil qui préserve une certaine séparation des genres ou accueil qui puisse héberger des couples, accueil généraliste ou unités spécialisées, etc. Selon les sujets, il s'agit de pouvoir proposer des lieux qui favorisent la vie communautaire ou qui respectent en priorité la possibilité d'isolement. Bref, la diversité et la souplesse d'un réseau en fera son efficacité.

mais qui résistent mal à l'examen d'une lecture clinique approfondie.

Au regard de ce que nous avons déplié dans ce qui précède, il ne sera pas nécessaire de justifié plus avant les faux principes que nous évoquerons.

1) Le premier est sans conteste l'idée de transparence. Il est nécessaire d'avoir l'accord de principe du patient pour que les intervenants puissent être en contact, droit du patient oblige. Il ne s'agit pas de soutenir l'opacité, la dissimulation contre la transparence, mais de partir de l'enjeu du contact. Les questions préalables sont de savoir quel est le bénéfice attendu pour le patient et quel est le risque de déstabilisation d'une conversation à plusieurs.

2) La seconde concerne la fréquence et la forme des rencontres à plusieurs. Ce dont nous avons l'idée au départ, s'est largement confirmé : ce sont les événements déstabilisants qui justifient la fréquence des contacts et des rencontres, ainsi que les partenaires devant y être impliqués. Les moments délicats sont les moments de passage d'un lieu de vie à un autre. Comme Alfredo Zenoni le soulignait⁸, un certain apaisement du sujet tient bien souvent plus au contexte institutionnel et relationnel, qu'aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

3) La troisième idée reçue est de croire que travailler en réseau implique que tous les partenaires soient toujours d'accord. Cette conception est particulièrement dangereuse parce que le désaccord du patient avec l'un, débouchant sur une rupture du lien, produirait alors un effet de domino, dont le résultat serait un débranchement de l'ensemble de son réseau. C'est catastrophique. Les échanges dans le réseau ne sont pas réductibles à établir et évaluer un plan d'action concerté.

4) Notons aussi que du point de vue du sujet, il n'y a jamais de doublon. L'approche gestionnaire, par souci économique, estime nécessaire qu'il n'y ait pas deux intervenants assumant une même fonction, alors que le sujet rencontre d'abord des personnes singulières et pas des fonctions.

5) Nous soulignerons aussi la prégnance surprenante de certains idéaux au rang desquels on trouve en bonne

⁸ Alfredo Zenoni, Le spectre de la chronicité <http://www.chjt.be/colloque2005/actes/docs/AZenoni.pdf>

place l'autonomie et son pendant méthodologique, la responsabilisation. Tout d'abord, il convient de faire remarquer que l'on observe que le problème même de certains patients est une volonté d'autonomie mortifère qui vise à les affranchir de tout lien social. L'autonomie apparaît là comme l'envers du réseau. L'enjeu dans ces cas, comme nous l'avons déplié ailleurs⁹, est de construire une langue commune et un mode de vie propre qui intègre un certain degré d'hétéronomie, de dépendance.

6) Autre évidence à revisiter, la multidisciplinarité. Cette approche consiste à « *aborder un objet d'étude selon les différents points de vue de regards spécialisés. [...] Une des conséquences directes de ces discours étanches entre eux, voire concurrents, est le morcellement de l'objet d'étude* »¹⁰.

Ce morcellement menace l'approche d'un individu, non par manque de pertinence des savoirs respectifs et d'engagement des praticiens divers, mais par défaut de prise en compte de ce qui traverse et décomplète toutes ces disciplines, à savoir la dimension relationnelle globale et répétitive, qui fait le style de chacun.

7) Un dernier principe respectable, mais qui doit être relativisé, est celui du colloque singulier. Évidemment, il ne s'agit pas de céder sur la garantie de respecter la confidentialité de certains propos. Toutefois, on observe une extension étonnante de cette prescription. Il peut arriver, qu'au-delà de la souffrance exprimée, on puisse percevoir le risque ou l'imminence d'un passage à l'acte plus ou moins grave. C'est-à-dire que le traitement que le sujet imagine de ce qui l'opprime ou le tarade n'est plus du registre de l'échange symbolique, de la conversation. Dans ces situations, la position de neutralité nous semble devoir céder sa place à un travail où l'on se soucie de la mise en place de nouvelles modalités d'encadrement. Là se pose évidemment la question de ce qui est transmis, et comment, pour maintenir la relation, mais aussi pour que l'accueil et l'accompagnement des autres intervenants tiennent compte des spécificités du sujet.

Le complément de l'extension de ce principe est celui de la « virginité » de l'accueillant au regard des intervenants précédents. Ce qui a toute sa pertinence dans le cadre d'une cure psychanalytique ou psychothérapeutique est

loin d'être d'application avec cette population spécifique qui se caractérise justement par ce que l'on peut appeler leur précarité symbolique indissociable, le plus souvent, de leur précarité sociale.

Pour conclure, soulignons à nouveau que chaque intervenant, quelle que soit sa formation et sa mission, a une part d'expertise à faire valoir en recueillant des éléments cliniques pertinents dont il pourrait faire bénéficier les autres, pour peu qu'il accepte de réfléchir sur les coordonnées de ce qui a facilité ou dégradé le lien qu'il a ou avait avec le patient. Cela exige de la part de chacun une position humble et critique, à partir de laquelle il pourra aussi juger de l'opportunité de « passer la main » à l'un ou l'autre partenaire. C'est ainsi seulement que nous pouvons tendre vers une certaine qualité du travail en réseau.

Th. Van de Wijngaert

⁹ L'autonomie en question, lien social et santé mentale. Sous la direction de Thierry Van de Wijngaert et François de Coninck. N° 25 des Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française.

¹⁰ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pluridisciplinarité>

La candeur de Gagarine

Les modèles neuroscientifiques et la métapsychologie psychanalytique ne sont pas sans de possibles interfaces. Des penseurs comme Spinoza, Damasio, Laplanche, offrent un cadre conceptuel apte à penser diversement le corps. Mais le débat n'a pas lieu. D'un côté, la psychanalyse reste engluée dans ses problèmes identitaires, de l'autre, les neurosciences n'atteignent l'espace public que sous la forme d'une technologie à visée pragmatique.

L'objet de notre esprit est le corps existant et rien d'autre

Spinoza, 1677

Le 12 avril 1961, le jeune lieutenant Youri Gagarine, embarqué à bord de la capsule Vostok 1, effectua le premier vol orbital autour de la terre. Il en fit le tour en une heure et quarante huit minutes. À son retour, il passa au grade de major et, dans une conférence de presse, apporta la confirmation que les directeurs des musées de l'athéisme (égayant la grisaille des républiques soviétiques) attendaient : «Dieu n'existe pas, je ne l'ai pas rencontré.»

La déclaration de Gagarine mérite questions et commentaires. Quarante ans avant la mission commanditée par Stanley Kubrick («2001, l'Odyssée de l'Espace»), s'agissait-il déjà d'interroger, aux confins de l'espace-temps, au bord vertigineux d'un trou noir, la présence énigmatique de quelque transcendance ? Auquel cas, Gagarine n'a pas été assez loin. Y aurait-il été d'ailleurs, qu'il resterait audacieux d'induire l'inexistence de Dieu de sa non rencontre avec lui. Dieu, en effet, était peut-être occupé ailleurs. Mais qu'importe l'agenda divin. Car, à défaut de s'appuyer sur des faits pertinents, la déclaration d'inexistence s'avère en tant que telle riche d'informations. Elle renseigne notamment sur les pensées d'un héros soviétique confronté à l'éventualité de sa fin, et rendu d'autant plus attentif aux particularités de son environnement. Dans cette perspective, le Dieu dont le futur major a signalé la non rencontre ne pouvait qu'épouser - en creux - les formes de celui donné à imaginer par les popes de Gjatsk (près de Klouchino, le village natal de Gagarine). On devine un regard à la fois sombre et perçant, environné d'une barbe hirsute bien que du plus bel effet. On comprend alors que le jeune Youri n'ait pas eu de mal à percevoir sa non présence. On perçoit aussi que, tel le négatif et le positif de la même photo, sa déclaration se calque sur l'obscurantisme qu'il entend confondre.

ENJEUX SCIENTIFIQUE, DERIVES IDENTITAIRES

Ainsi en va-t-il du visage freudien donné à voir dans la majeure partie du «Livre Noir de la Psychanalyse» (2005) : il renseigne autant sur le délabrement de la pensée de ses détracteurs que sur celle des popes¹. Mais leur caricature, il est vrai, ne doit pas chercher très loin. La psychanalyse n'est pas au mieux de sa forme. Ses icônes sont aussi enfumées que celles de Gjatsk. De modèle scientifique interpellant, branché sur les débats de son temps, elle a eu la malchance de devenir un système à la mode. En outre, les modalités désastreuses de sa transmission n'ont rien arrangé². Elles lui font souvent confondre débats d'idées avec enjeux identitaires. Les concepts alors fonctionnent comme des badges, permettant essentiellement de sérier «adversaires» et «amis». Cela n'excuse pas pour autant la médiocrité de la caricature. Car si la théorie psychanalytique de l'inconscient individuel sexuel refoulé (la métapsychologie) ne participe certes pas d'un modèle scientifique expérimental, elle n'a rien à voir pour autant avec quelque croyance. À partir d'observations cliniques plus qualitatives que statistiques, elle élabore un modèle rationnel et réfutable³ qui tente de ne pas sacrifier la complexité au profit de la mesurabilité. C'est là sa limite en même temps que son intérêt. Car, pour peu qu'elle ne lâche pas le fil de la rationalité et soit prête à renoncer à son modèle s'il est infirmé par les faits, elle peut servir d'interlocutrice aux systèmes de pensées qui, d'un autre point de vue, arpentent une partie de son champ. Par exemple, celui de la mémoire tel qu'abordé par les neurosciences. Dans les deux cas, il s'agit d'élaborer une logique de la subjectivité : des mécanismes biologiques les plus généraux aux sentiments les plus particuliers pour les neurosciences, des situations vécues les plus intimes aux concepts les plus universels pour la psychanalyse. D'un côté, la dynamique des synapses et des neurotransmetteurs, ainsi que l'expression des gènes selon les contextes ; de l'autre, le corps paralysé de l'hystérique «souffrant de réminiscences» traumatisantes après-coup (Freud, 1893).

1 Meyer C., *Le livre noir de la psychanalyse*, 2005, Paris, Les Arènes. Voir aussi : Onfray M., *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, 2010, Paris, Grasset & Fasquelle. Deux ouvrages largement inspirés par celui de Jacques Van Rillaer : *Les illusions de la psychanalyse*, Wavre, Mardaga, 1995.

2 Martens F., La psychanalyse en butte à un monde hostile et méchant ?, *La Revue Nouvelle*, n°3, 2008.

3 Martens F., Psychanalyse et science. Sur le zinc avec Karl Popper ou de l'inconvénient d'accommoder les fraises comme les échelotes, in *Psychiatrie Française*, n° 3, 2006, Paris, SPF-AFP.

Spinoza, Freud, Mead, Damasio

Certes, on ne peut passer sans précaution des «cartes neurales» évolutives selon Damasio⁴ - qui nous définissent à notre insu - aux formations de l'inconscient selon Freud, telles qu'elles se révèlent dans les symptômes et les rêves. Il s'agit clairement d'univers épistémologiques différents. Néanmoins, si chacun à sa façon rend compte d'un pan de réalité, il existe forcément entre eux quelque interface conceptuelle. Ici, le champ de la philosophie offre à la pensée de multiples ressources, pour autant qu'il échappe à l'incantation. Peu de recours donc chez Heidegger. Des chemins féconds par contre chez Spinoza⁵ — tout particulièrement dans *L'éthique* (1677). Certaines de ses phrases, reprises à son compte par Antonio Damasio⁶, pourraient être mises tout aussi bien dans la bouche de Freud. «L'esprit [écrit Spinoza] ne se connaît lui-même qu'en tant qu'il perçoit les idées des affections du corps». Pour la psychanalyse, la «pulsion» est la source (parfois destructrice) du désir de vivre. Elle vient suppléer chez l'homme la déficience de l'instinct. Il s'agit d'un concept limite entre le psychique et le biologique, induit à partir des multiples vécus où s'associent un affect et une représentation (telle rêverie, par exemple, telle image, accompagnée de tel frisson, telle répulsion). Dans sa clarification du champ freudien, Jean Laplanche insiste sur le fait que le pulsionnel est implanté en chaque enfant, au fil du rapport prolongé au corps des adultes. Les soins précoces – nécessairement érotisés – sont émaillés de messages, verbaux et non verbaux, lestés par la pulsionnalité inconsciente de ceux qui les émettent (Théorie de la séduction généralisée, 1987)⁷. «L'esprit humain [ajoute Spinoza] ne perçoit les corps extérieurs comme existant en acte que par les idées des affections de son propre corps.» Ce qui n'empêche l'esprit individuel de s'étendre aux confins du réseau socio-culturel dont il émerge, nuance le philosophe et sociologue George Herbert Mead⁸. Aussi austère puisse-t-elle paraître, cette esquisse de réflexion à plusieurs voix a le mérite de recouper en la conceptualisant l'expérience la plus concrète. Freud lui-même a plusieurs fois rappelé qu'il ne faisait que donner forme rationnelle à des thèmes qui nous hantent depuis la nuit des temps — tout particulièrement, l'antagonisme – parfois déchirant - entre les exigences pulsionnelles et celles de la vie collective.

4 Damasio A., *Spinoza avait raison.. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, 2003, Paris, Odile Jacob.

5 Philosophe d'un abord austère, mais merveilleusement présenté par des penseurs tels que Gilles Deleuze (notamment dans l'enregistrement jubilatoire d'un cours de mars 1981, publié sur CD chez Gallimard : *Spinoza : éternité et immortalité*) et Robert Misrahi (*Le corps et l'esprit dans la philosophie de Spinoza*, 1998, Paris, Synthélabo.

6 Damasio A., L'esprit est modelé par le corps (entretien), *La Recherche*, n°368, 2003. Mes remerciements à Claude Zylmans qui m'a transmis cette référence

7 Laplanche, J., *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, 1987, PUF, Paris

8 Mead G. H., *Mind, Self, and Society*, 1934, University of Chicago Press.

Depuis son étude sur l'aphasie, en 1891, jusqu'à l'*Abrégé de psychanalyse*, en 1938, son inventeur n'opposa jamais le registre de la psychanalyse et celui de la neurophysiologie. Aujourd'hui, il serait sans doute un lecteur passionné de Changeux, Edelman, Damasio. Son parcours d'ailleurs croise étonnamment celui d'Eric Kandel. Né en 1929, ce psychiatre juif d'origine viennoise voulait devenir psychanalyste. Émigré aux États-Unis, Kandel se contentera finalement du prix Nobel (2000⁹) pour ses travaux neuroscientifiques sur la mémoire¹⁰. Il continue cependant de rêver à une interface avec la psychanalyse, pour sauver la psychiatrie américaine de son tragique enlèvement. Freud de son côté, médecin juif d'origine viennoise, né en 1856, ayant obtenu le prix Goethe en 1930, n'aimait rien tant que le laboratoire de neurophysiologie. Ayant dû le quitter pour des raisons économique-matrimoniales, il se contera finalement d'une activité de clinicien, débouchant sur une théorisation métapsychologique de la mémoire et de l'«appareil psychique».

Dans son cheminement, Freud s'appuie sur ce que la psychopathologie lui révèle à gros traits, pour déchiffrer progressivement ce qui est inscrit au filigrane de tous les humains. Il cartographie une réalité intime, familière à chacun, reflétée dans les mille facettes de l'art, mais jamais théorisée avant lui. Au départ, il pense que l'inconscient, tout comme le refoulement, est un trait pathologique typique de la névrose hystérique. Dans chaque cas, il repère, dans l'enfance, une séduction sexuelle traumatisante dont l'effet ne se manifeste qu'après-coup. Sur cette pierre d'angle, il bâtit l'essentiel de sa théorie de la mémoire. Au fil du temps, nuanciant sa première approche, il relativise la séduction perverse. La notion d'une réalité psychique individuelle inconsciente, intrinsèquement conflictuelle, quelquefois même auto-traumatisante, finit par l'emporter. Il n'abandonne jamais pour autant le registre de la séduction. Dans son œuvre, le *sexuel* se différencie de plus en plus du sexué, du génital, du génésique, et bien sûr du genre. La sexualité n'y apparaît pas comme un donné «naturel». Sous l'empire de l'autre, chaque partie du corps, chacune de ses fonctions – et même toute activité humaine - peut s'érotiser. Plus rien, chez l'homme, n'est simplement biologique. En même temps, il est impensable que l'activité la plus abstraite ne se marque au passage par quelque frémissement du corps, ni qu'elle n'en subisse le ressac.

PRAGMATISME, EXIL DE LA PENSÉE

Entre les confins séculaires de la culture qui nous habite, l'assortiment des gènes qui forment notre héritage, les interactions biochimiques qui nous traversent, les

9 Avec Arvid Carlsson et Paul Greengard.

10 Voir : Eric Kandel, *À la recherche de la mémoire. Une nouvelle théorie de l'esprit*, Odile Jacob, Paris, 2007.

désirs qui nous animent, il n'y a manifestement pas plus d'homogénéité que de solution de continuité. Mais si la rigueur ne peut déboucher que sur l'interdisciplinarité, en fait c'est le réductionnisme qui domine. La science se voit ordinairement confondue avec la technologie, et il n'est de progrès dans l'imagerie médicale qui ne soit pris un temps pour le dévoilement du «mystère de la vie». Autant pourtant, il est captivant de saisir la variabilité d'un élément nouveau (comme la sérotonine) dans le décours d'un phénomène complexe (comme la dépression), autant il est aventureux de s'imaginer avoir cerné par là le fond du problème. Tout le monde ne tient pas ce discours. N'empêche que nombre de médias nous tartinent quotidiennement les neurones d'ocytocine, de dopamine, de vasopressine, pour nous déniaiser des mécanismes du coup de foudre, de l'amour, de l'attachement, de l'infidélité — au risque d'un saut épistémologique périlleux (roulement de tambour) entre le comportement du campagnol mâle du Middle West (*microtus ochrogaster*) et celui du jeune cadre zurichois (*homo sapiens*). On rêverait d'un débat pointu entre la psychanalyse et les neurosciences. Cela nous vaudrait certainement de passionnants échanges autour de l'*effet placebo*¹¹ et de son inquiétant cousin l'*effet nocebo*. Mais ce débat n'a pas lieu où seraient conviées la biologie des émotions et la métapsychologie des pulsions. Il n'a pas lieu car dans le champ où il serait le plus nécessaire — celui de la pratique clinique — ni les neurosciences, ni la psychanalyse ne sont convoquées. À ce niveau, en effet, le bagage neuroscientifique n'apparaît plus que sous forme d'applications technologiques pragmatiques, et de dialogue entre les généralistes chargés de tester les molécules, et les firmes pharmaceutiques soucieuses de les commercialiser. La psychiatrie «biologique» relève ici du trompe-l'œil : «On n'est pas dans le domaine du savoir — les études cliniques qui donnent à une molécule le statut de médicament sont indifférentes aux raisons de son efficacité — mais dans celui du «ça marche»(...). La psychiatrie biologique, c'est ce dont on parle ; l'industrie pharmaceutique c'est la puissance tutélaire qui se situe derrière et qui agit... et qui peut tromper»¹². Tromperie mise à part, on pourrait se dire que peu importe la notice si la molécule est bonne. Mais le congédiement de la pensée n'est jamais sans conséquences.

effondrement de la psychiatrie

En matière de psychiatrie, le trompe-l'œil a trouvé son bréviaire dans le DSM-IV. En principe, apolitique et athéorique — en tout cas ascientifique — le DSM n'avait à ses débuts que l'ambition modeste d'offrir aux psychiatres du monde entier un outil de communication. Mais d'athéorique cet inventaire est devenu carrément anti-conceptuel, en même temps qu'au fil d'un silencieux coup de force, il se muait, de manuel de conversation clinique, en répertoire mondial obligé des écarts à la norme («*disorders*»). Dans le mode d'emploi de l'actuel DSM, penser n'est plus qu'une variable parasite faisant perdre du temps à l'évaluateur. À l'heure du *coaching*, diagnostiquer c'est cocher. Il s'ensuit que tout qui veut travailler correctement sans pour autant risquer sa carrière, se voit obligé de traduire ses dossiers en CIM-10[CIM-9-MC] : invoquant F60.4[301.50]¹³ au grand jour, tout en révéralant l'hystérie freudienne à la nuit venue. Ce n'est pas rassurant. En effet, bien que ne se revendiquant que d'une doxa des troubles, le DSM-IV passe de plus en plus pour un véritable traité de psychiatrie. À l'heure insidieuse d'un retour à l'ordre nourri par l'obsession des intrus (pédophiles, terroristes, virus, fumeurs, immigrés), ce manuel statistique pourrait s'avérer plus performant que le recadrage psychiatrique des dissidents sous Brejnev. Paradoxalement, l'inquiétant dans le DSM, c'est son apparence consensuelle : cette absence de théorisation qui le rend, d'une part, inattaquable conceptuellement, et de l'autre, adaptable selon les enjeux à tout état nouveau des «désordres»¹⁴. «Il est devenu, écrit Jacques Hochmann¹⁵, un instrument de pérennisation de la soumission aux lois du marché concurrentiel.»

De plus, sa toxicité est sous-évaluée par les psychiatres d'âge mûr, appuyés sur une formation dont ils oublient qu'elle est devenue étrangère à leurs cadets. À leur niveau, faute de mieux, le DSM est confondu avec un traité de psychopathologie, ou pris pour un classement rigoureux sur lequel fonder des recherches. Or, il ne s'agit que d'un fatras pragmatique reposant sur les débris d'anciennes nosographies et sur le consensus fluctuant de praticiens sous influence. L'élaboration occulte du futur DSM-V,

13 La personnalité histrionique.

14 Aux nostalgiques de la pensée faut-il rappeler que le DSM gagne en comique ce qu'il perd en rigueur ? Ainsi, comme l'avait noté messieurs Purgon et de la Palisse, F32.x [296.2x], «Trouble dépressif majeur, épisode isolé», se caractérise d'abord par la «Présence d'un épisode dépressif majeur», lui-même rapporté à la présence, notamment, d'une «Humeur dépressive» (*Mini-DSM-IV*, Masson, Paris, 1996, p 167 et p 162). Plus précisément encore, le diagnostic de F 52.3 [302.73] «Trouble de l'Orgasme chez la femme», «repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue» (*op. cit.*, p237-238) : un retour littéraire à l'étymologie du mot clinicien. À propos du DSM, voir aussi : Martens F., «Comment être fou dans les règles ?», in *La Revue Nouvelle*, février 2002.

15 Hochmann J., «Le déclin de l'empire psychiatrique», in *Psychiatrie française*, février 2010. Psychiatre et psychanalyste, spécialisé dans le domaine de l'enfance, Jacques Hochmann a enseigné et pratiqué à Lyon.

11 Sur un demi siècle, des milliers de publications scientifiques, issues de recherches expérimentales, font état en moyenne de 33% d'effet placebo, tous pays, toutes pathologies, toutes thérapeutiques confondues. Échappant aux paradigmes qui encadrent les pratiques actuelles, l'effet placebo et l'effet nocebo, bien que traversant tout le champ clinique, ne sont nullement pris en compte dans l'univers des soins médicaux.

12 Pignarre Ph., *La cigale lacanienne et la fourmi pharmaceutique*, 2008, Paris, EPEL, p. 88. Fondateur et directeur de la maison d'édition «Les Empêcheurs de Penser en Rond», ancien directeur de la communication au laboratoire pharmaceutique Synthelabo, Philippe Pignarre — toujours décapant — connaît bien la logique et la réalité du système. Il est aussi l'auteur d'un chapitre du *Livre noir de la psychanalyse*.

sur un mode paranoïaque proche du «secret défense», inquiète d'ailleurs l'ex-commandant de la *task force* (sic) du DSM-III. Membre éminent de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le docteur Robert Spitzer est réticent au projet d'ajout de diagnostics «pré-morbides», permettant de médiquer préventivement - et lucrativement - d'éventuels futurs désordres. Concrètement, explique Christopher Lane, il faut savoir que «des psychiatres de Floride ont, en 2007, administré des psychotropes non approuvés par la *Food and Drug Administration* à 23 enfants de moins d'un an. Ils ont poursuivi leurs essais sur 39 bambins âgés d'un an, 103 de deux ans, 315 de trois ans, 886 de quatre ans et 1801 de cinq ans»¹⁶. Lane (2007) avait déjà attiré l'attention sur la campagne publicitaire nationale qui, jusque dans les autobus, avait contribué à lancer, avec les molécules correspondantes, un des troubles les plus rentables du DSM-IV : le *social anxiety disorder* (anciennement timidité)¹⁷. Par ailleurs, la tendance serait désormais à définir la maladie en fonction des aspects subjectifs et comportementaux sur lesquels a prise telle ou telle drogue : le trouble *y*' étant celui sur lequel influe la molécule *y*. De nombreux produits sont ainsi en attente du *disorder* qui pourrait les adopter. Synthétisé par le chimiste américain Leandro Panizzon, le méthylphénidate fut breveté en 1954. Au départ, Panizzon ne voyait pas très bien à quoi sa molécule pourrait servir, mais sa femme (et apparemment cobaye) Rita avait remarqué qu'elle jouait mieux au tennis après avoir absorbé une dose de ce stupéfiant proche des amphétamines — ce pourquoi il le baptisa *Ritalin*. Le *Ritalin* fut d'abord employé dans la dépression, puis il servit à rendre plus sages les écoliers des ghettos noirs des villes américaines, d'où son surnom de «pilule d'obéissance» (à prendre avant la classe). Depuis une quinzaine d'années, la prescription de Ritaline (en Belgique, Rilatine) est exponentielle dans les pays européens. Dans certains cas, elle peut aider les enfants dits jadis «hyperkinétiques», mais elle est surtout devenue le palliatif machinal à l'absence de contenance éducative. Pour le DSM-IV, côté enfants, un des *disorders*-cible est désormais le «trouble déficit de l'attention avec hyperactivité» (anciennement, turbulence). Mais il est d'autres chemins pour qu'un trouble soit inclu ou exclu. L'état de stress post-traumatique, bien que très documenté depuis la grande guerre (notamment par Freud), était laissé dans l'ombre par les premières versions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Faute de nomenclature précise, les anciens du Vietnam peinaient à se faire indemniser par les assurances¹⁸. Ils se lancèrent donc dans un lobbying effréné qui valut son entrée dans le DSM-III, ainsi qu'une aura de découverte de première importance, au *posttraumatic stress disorder* (PTSD). Un

autre avatar scientifique concerne l'homosexualité : elle était encore répertoriée comme *disorder* par ce même DSM-III, au mécontentement des psychiatres *gay*. Ils organisèrent des chahuts monstre lors des colloques de l'APA, jusqu'à lasser leurs confrères et aboutir à la discrète éviction de l'«homosexualité égo-dystonique» du DSM-IV.

toc et depression

Les considérations ci-dessus relèvent peut-être d'un «*DSM stress disorder*» qui pourrait éclore en code dans le DSM-V ? En fait, elles rendent compte de ce que devient un diagnostic quand, refusant de s'interroger sur le sens individuel et collectif des symptômes, il se déconnecte de toute psychopathologie et de toute démarche scientifique — tout en mimant le discours de la science. Ce glissement est sensible quand, dans le DSM-IV, la névrose obsessionnelle fait place au trouble obsessionnel-compulsif (TOC), larguant toute perspective psychodynamique pour renouer avec le seul pragmatisme. Ce dernier prévalait déjà dans l'évolution des indications d'une même molécule : ainsi, la métoclopramide (Primpéran) passe du statut de neuroleptique à celui d'anti-émétique, le méthylphénidate (Rilatine) se prescrit aux adultes déprimés puis aux enfants agités, etc. Ce tâtonnement se retrouve dans le retour contemporain à l'électrochoc. Découlant d'observations sur l'effet sédatif de décharges infligées à des porcs avant abattage (Ugo Cerletti, 1938), la désormais «sismothérapie» apparaît parfois comme le dernier recours en cas de mélancolie grave — sans pour autant qu'on sache comment ça marche. Face à l'ampleur des symptômes, la complexité des causes, la médecine mentale s'est souvent résignée à secouer le patient pour le ramener à lui¹⁹. Ces approximations deviennent inquiétantes dans l'émergence de la neurochirurgie fonctionnelle en cas de TOC rebelles²⁰. Mis à part les progrès de l'imagerie médicale, on ne perçoit pas bien en effet la différence d'avec la pratique aveugle - et mutilante - des lobotomies (répandues jusqu'à la mise sur le marché, en 1952, du premier neuroleptique). L'imagerie certes permet de voir quelles zones cérébrales s'activent à tel ou tel propos, et d'y intervenir de manière plus précise — mais sans vraiment savoir ce qu'on fait en touchant à un maillon d'une chaîne dont l'essentiel échappe, ni surtout l'ampleur des risques. De plus, en cas de succès, il est difficile d'évaluer la part de l'effet placebo. Rappelons que l'efficacité des molécules elle-même est hypersensible au contexte : il y a longtemps qu'on a constaté que le passage répété d'un univers ludique à un contexte stressant pouvait, en un clin d'œil, alternativement inhiber ou activer les effets de la chlorpromazine (le premier neuroleptique) chez le chien²¹.

16 Christopher Lane, «Les diagnostics délirants de la psychiatrie américaine», *Slate*, août 2009 (<http://www.slate.fr>).

17 Voir : Lane C., 2007, *Shyness : how normal behavior became a sickness*, Yale University Press [Lane C., 2009, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion].

18 Voir : Kirk S. et Kutchins H., 1998 [1992], *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Synthélabo.

19 Excision médiévale de la «pierre de la folie», immersion soudaine dans l'eau froide, choc au Cardiazol, coma insulinaire, etc. — toutes techniques provoquant une détresse vitale et une sorte de remise en ordre consécutive.

20 Par exemple : Polosan M., Millet B., Bougerol T., Olié J-P., Devaux B., *Traitement psychochirurgical des TOC malins : à propos de trois cas*, in *L'Encéphale*, Paris, 2003 ; XXIX : 545-52, cahier 1.

21 Le meilleur ami du chercheur pavlovien. Ayant injecté à ses

Le pragmatisme comme tel n'est pas dérangeant, ni le fait d'alléger le seul symptôme. Pour paraphraser Lacan : la guérison peut venir «par surcroît», même hors psychanalyse²². Ce qui pose question, ce sont les exclusives dogmatiques, le refus de la complexité, la remise en marche quelle que soit la toxicité du chemin. En fait, plutôt qu'au débat, nous sommes ordinairement conviés à l'exhibition de positions identitaires qui font le jeu de l'idéologie dominante. Derrière son aspect tolérant, le néolibéralisme en effet cache une férocité extrême. Il excelle dans la destruction du lien social. Atomisés, les individus s'accrochent désespérément à leur peu de repères. Comme des sportifs à bout de souffle, ils sont prêts à tous les dopages. Malvenu dès lors de s'interroger sur le sens de la course. Le néolibéralisme ne déteste rien tant que la fonction critique : santé mentale, santé sociale, ne sont pas sa tasse de thé.

Terminons sur un exemple de complexité irréductible à quelque position d'école. Le mot «dépression» désigne une nébuleuse nosographique aux contours flous, mais assez centrée néanmoins pour qu'on puisse émettre un diagnostic et se livrer à des prévisions. Diverses autorités sanitaires s'accordent pour voir dans la dépression, à moyenne échéance, la seconde cause d'invalidité au monde après les maladies cardio-vasculaires. La dépression grave débouche statistiquement sur 15% de suicides. En Europe, l'état dépressif se voit corrélé en premier avec la solitude, en second avec le chômage (lui-même générateur de solitude). En Belgique, le suicide est la seconde cause de mortalité chez les adolescents. Au Japon, une étude récente a mis en évidence le rapport de certaines particularités génétiques (relatives à la production de dopamine) avec la propension au suicide chez des Japonais de sexe masculin²³ (elle ne parle pas de «gène du suicide», mais d'une fragilité pouvant le favoriser). D'autre part, diverses observations ont mis en évidence un niveau significativement bas de sérotonine chez les individus déprimés, et des recherches pharmacodynamiques ont réussi à produire des molécules arrivant à maintenir un meilleur taux de ce neurotransmetteur dans l'organisme (par exemple, la fluoxétine, commercialisée sous le nom de *Prozac*, et appelée parfois «pilule du bonheur»). Il s'agit des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

victimes 3 mg de Lergactil par kg de chien, Corneliu Giurgea constate fortuitement, en 1957, que l'effet de la drogue (diminution du tonus central, comportement stuporeux) s'abolit ou se restaure, jusqu'à quatorze fois en un quart d'heure, selon que l'animal est tiré vers la porte de la salle de jeu ou vers celle – détestée – du laboratoire pavlovien. Cfr Giurgea C., Neurophysiologie et conditionnement, *Annales de la Société Royale de Sciences Médicales et Naturelles*, Bruxelles, 17, II, 1964.

²² Dans le trouble de la fonction sexuelle, quelques expériences réussies valent souvent mieux qu'un long discours — fût-il psychanalytique. Autre chose est de remettre au travail les scénarios qui nous empêchent de vivre mais hors desquels nous n'imaginerions même pas survivre.

²³ Shindo S., Yoshioka N., Polymorphisms of the cholecystokinin gene promoter region in suicide victims in Japan, *Forensic science international*, 2005, vol. 150, n°1, pp. 85-90.

(ISRS). Ces antidépresseurs de la dernière génération donnent autant satisfaction que leurs prédécesseurs (les tricycliques), tout en entraînant moins d'effets secondaires. Prescrits sans précaution, ils favorisent néanmoins le passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent. En 2008, une étude du professeur Irving Kirsch (Hull University, UK), basée sur les résultats des essais cliniques obligatoires réalisés par les firmes pharmaceutiques (mais dissimulés par elles), a montré que les ISRS ne fonctionnaient pas mieux que les placebos — sauf dans les cas de *dépression grave*²⁴, peu propices en effet à l'investissement transférentiel de quoi que ce soit. En Grande Bretagne, 16,2 millions de prescriptions d'ISRS ont été effectuées en 2006. Par ailleurs, tout psychanalyste ayant écouté des patients gravement déprimés sait que c'est à la faveur d'une médication appropriée qu'ils ont, le plus souvent, réussi à s'engager dans une cure. S'il importe de tenir l'église au milieu du village, encore faut-il arriver à le situer sur la carte.

L'espèce qui peuple le village est à ce point fragile que les petits n'arrivent à survivre qu'au prix d'une longue prise en charge. En contrepartie, la maturation lente de leur cerveau (qui, à trois ans, n'a pas atteint les ¾ de son volume) ouvre un large champ à l'expression des gènes sous l'influence du milieu. De même, la plasticité neuronale et synaptique y est telle que, paraphrasant Bourdieu, Changeux peut parler d'«habitus neuronal» pour souligner l'impact de l'environnement sur les configurations neuro-synaptiques. Dans *Le pouce du panda*, le biologiste darwinien Stephen Jay Gould confirme que les primates, comparés aux autres mammifères, ont un développement lent, mais que nous avons accentué cette tendance plus que quiconque : «Nous sommes au tout premier chef des animaux capables d'apprendre, et notre enfance prolongée permet la transmission de la culture par l'éducation»²⁵. Notre héritage génétique, en d'autres termes, n'est pas dissociable de notre bagage relationnel. Si la fiction cartésienne de l'organisme sourit à la technologie du vivant, l'inéluctable effet placebo nous ramène à la réalité du corps.

Francis Martens

cet article est paru en version abrégée dans
La Revue Nouvelle, Bruxelles, mars 2010
Numéro thématique sur les neurosciences
sous la direction d'Albert Bastenier.

²⁴ Étude publiée en ligne sur PLOS-pMedicine, 26 février 2008.
²⁵ Gould S. J., [1980], *Le pouce du panda. Les grandes énigmes de l'évolution*, 1983, Paris, Grasset.

NOTE DE LECTURE...

Un regard anthropologique sur le quotidien de la psychiatrie

On connaît aujourd'hui les travaux et rapports qui traitent de la crise de la psychiatrie publique et de l'augmentation de la demande en psychiatrie, mélangeant d'ailleurs santé mentale et troubles psychiatriques. Mais, comme le souligne Alain Ehrenberg¹ dans son introduction à l'ouvrage de Livia VELPRY, que savons-nous de la psychiatrie ordinaire ? Celle qui s'intéresse à la fois à la vie des personnes atteintes de maladie mentale, aux nouveaux publics caractérisés par l'intrication des problèmes psychiques et sociaux et aux professionnels qui les accompagnent.

Avant de proposer des remèdes, il faut d'abord « décrire » et c'est là tout l'objectif pour un sociologue.

Lydwine VERHAEGEN

Sociologue, Research Fellow

Institute of Health and Society (I.H.S.), Ecole de Santé Publique, UCL, Bruxelles

Le livre de Livia Velpry est un compte rendu analytique d'un très long travail d'observation des patients et des professionnels fréquentant un centre médico-psychologique (CMP) dans un secteur psychiatrique parisien.

Aujourd'hui, l'institution totale, l'asile, décrit magistralement par Erving Goffman², n'est plus la seule forme d'inscription en psychiatrie. L'individu « patient » se doit d'être agent de son changement et viser à l'autonomie dans un milieu le plus ouvert possible. La maladie mentale met en question la qualité d'acteur raisonnablement rationnel de la personne atteinte. Mais concrètement qu'en est-il ?

La psychiatrie de secteur

Une première partie du livre décrit la psychiatrie de secteur dans le paysage actuel et complexe de la psychiatrie en France où la sectorisation territorialise la prise en charge publique de la folie dans la communauté.

L'auteur décrit l'activité d'un CMP, son fonctionnement et le travail d'équipe marqué par une tension qui traverse

l'ensemble de la psychiatrie aujourd'hui entre l'accessibilité et la continuité des soins. Elle analyse les procédures de travail, tant le fait de travailler en équipe - fait partagé par d'autres services du même type dans d'autres pays - que les procédures de prises en charge et d'admission. Comment une histoire de vie devient-elle un cas psychiatrique ?

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui s'adressent à un CMP sont brièvement évoquées, un peu trop rapidement peut-être car c'est un des enjeux de la psychiatrie publique d'aujourd'hui. En effet, depuis toujours la psychiatrie entretient des rapports particuliers avec l'ordre social et les patients souffrant de troubles sévères sont le plus souvent dépendant d'allocations sociales.

L'auteur observe deux types de population distincts : les « cas psychologiques » où le social est un élément incontournable et les « cas psychiatriques » (plus lourds peut-être) définis par le suivi antérieur et le comportement.

Livia Velpry évite soigneusement la définition par les diagnostics psychiatriques et c'est une des grandes forces de son analyse. Elle fait plutôt appel à des éléments de contexte.

Les registres d'action

Dans la deuxième partie du livre, Livia Velpry distingue trois registres d'action des professionnels, correspondant chacun à une capacité graduelle d'autonomie que les professionnels attendent du patient montrant ainsi l'itinéraire idéal d'un patient.

Il y a le registre du « laisser faire », c'est à dire l'accueil d'un patient en grande souffrance, sans lui demander de s'engager dans une relation thérapeutique. Ici le patient est jugé peu autonome et peu capable de le devenir.

Le second registre est celui du « faire pour », où le patient accepte la relation thérapeutique mais n'est pas à même de contrôler sa maladie et de prendre les bonnes décisions. L'objectif est dans ce cas d'amener progressivement le patient à agir par lui-même.

Et enfin, il y a le troisième registre, du « faire-faire », lorsque le patient arrive à faire des actions par lui-même,

1 Voir aussi Ehrenberg A., « La société du malaise », Odile Jacob, 2010.

2 Goffman E., « Asylums », Editions de Minuit, 1968.

il peut négocier des objectifs, les modalités de sa prise en charge et se libérer petit à petit.

C'est dans la négociation avec les professionnels et la maladie que joue l'implication du patient et sa capacité d'autonomisation entraînant la distinction dans cette typologie.

L'illustration par le cas des appartements associatifs³ éclaire cette partie du livre.

L'auteur parle de l'expérience de la maladie mentale et, comme l'écrit encore Alain Ehrenberg, parler d'expérience équivaut à décrire la maladie mentale comme un système de relations où la maladie est partagée de manière asymétrique entre tous les acteurs. Et à nouveau, tout en n'étant pas opposée à la nosologie psychiatrique, Livia Velpry n'a aucun recours au moindre concept psychologique. Comme l'ont décrit plus tôt Erving Goffman et Sue Estroff⁴, il s'agit d'acteurs à part entière, agissant dans un univers de contraintes données et qui répondent à la question : quels hommes cherchent quelles solutions à quels problèmes ?

Le patient

Et enfin, la troisième partie du livre part du point de vue du patient et fait un détour par la littérature sur le sujet⁵.

Qu'est ce qu'être un patient en psychiatrie ? Quelles sont les organisations de vie des personnes rencontrées et le rapport instauré avec la psychiatrie ? A partir de 18 entretiens approfondis de patients, l'auteur retient de la notion de carrière morale, définie par Erving Goffman dans *Asiles*, l'idée qu'il existe un point de rupture qui signe l'entrée dans un statut de malade mental.

Elle décrit l'itinéraire d'entrée en psychiatrie où l'hôpital est un lieu parmi d'autres et n'entraîne pas nécessairement une rupture avec la socialisation extérieure.

Dans la composition de nouvelles formes de carrières psychiatriques, l'ensemble des ressources dont dispose le patient joue un rôle majeur.

Et plus que l'âge, c'est le moment où intervient la psychiatrie dans la vie de la personne qui différencie les parcours et le rapport établi avec les soignants.

Livia Velpry fait appel aux notions de processus et d'affiliation définie par Albert Ogien⁶ pour distinguer les profils d'utilisateurs.

Elle repère « **la coopération distanciée** » avec la psychiatrie

3 Correspondant aux IHP (Initiatives d'Habitations Protégées) en Belgique.

4 Estroff S., « An Ethnography of psychiatric clients in an American Community », The Regents of the University of California, 1968.

5 Voir entre autres : Lovell A. M., « Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs » », in Joseph I. & Proust J. (dir), « La folie dans la place », EHESS, *Raisons Pratiques* 7, 55-81, Paris, 1996 et Verhaegen L., « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », *Sociologie et Sociétés*, 17, (1), 51-60, 1985.

6 Ogien A., « Le raisonnement psychiatrique », Paris. Meridiem-Klincksieck, 1989.

qui peut se négocier si les personnes, surtout au parcours récent, disposent d'autres ressources. Ces personnes tentent toujours de préserver la maîtrise des relations avec la psychiatrie et leur projet est, à terme, de s'en détacher.

D'autres qui pratiquent « **la coopération intégrée** » avec la psychiatrie en font une ressource centrale dans leur organisation de vie. Elles ont souvent un parcours psychiatrique plus ancien et ne pensent pas pouvoir se détacher de l'institution psychiatrique. Elles arrivent néanmoins à maintenir des inscriptions sociales extérieures.

Cette analyse a le mérite de poser la question cruciale et un peu négligée aujourd'hui de la chronicité et de la dépendance en psychiatrie.

Une approche anthropologique

Dans ce travail conséquent, Livia Velpry privilégie le travail de terrain qui permet de résoudre des problèmes plutôt que des questions. Et l'analyse stratégique et pragmatique effectuée par l'auteur⁷ pour comprendre les pratiques psychiatriques et l'univers des patients d'aujourd'hui offre une réponse plus opérationnelle que les critiques radicales de l'institution telles que les a pratiquées Michel Foucault⁸. Ce dernier a eu un effet salutaire sur les pratiques mais peu d'effets sur les théories pour comprendre le comportement des acteurs.

Livia Velpry a appliqué le principe anthropologique qui veut que « l'indigène » ait toujours raison, évitant ainsi une position de pouvoir sur la parole de celui qui ne l'a pas.

Au cœur du noyau dur de la psychiatrie

En ces temps où l'on parle beaucoup de la dépression et de la déstigmatisation de la maladie mentale, l'auteur a le mérite de mettre l'accent sur les troubles mentaux graves, qui sont peu mis à l'avant de la scène et font l'objet de moins d'attention de la part des pouvoirs publics, sauf quand surgit un drame qui les ramène au devant de l'actualité.

Si on banalise aujourd'hui la dépression et la santé mentale, ce n'est pas le cas pour le noyau dur de la psychiatrie qui souffre de troubles sévères qui durent toute la vie, handicapant lourdement l'existence. Ceci devrait tous nous affecter.

Une référence utile

Cet ouvrage a le mérite de décrire d'une manière novatrice cette réalité dans sa diversité, tout en proposant une perspective d'ensemble. Au-delà, il rejoint les questions d'autonomie, de capacité et de dépendance qui, conclut

7 telle que l'avait pratiqué Erving Goffman.

8 Foucault M., « Histoire de la folie à l'âge classique », U.G.E., Coll « 10/18 », Paris, 1964.

l'auteur, s'annoncent centrales pour les années à venir, que ce soit dans le cas du vieillissement, du handicap ou des maladies chroniques.

Ce livre a donc une portée qui va bien au-delà de la description de l'univers de la psychiatrie stricto sensu et c'est là aussi un de ses mérites. On ne peut qu'en encourager la lecture auprès de tous ceux qui de près ou de loin, praticiens ou chercheurs, ont à voir avec la psychiatrie d'aujourd'hui.

Lydwine VERHAEGEN

VELPRY Livia, Le quotidien de la psychiatrie :
sociologie de la maladie mentale
Armand Colin, Collection Sociétales, 2008

Ce texte à déjà été publié dans la revue
«Confluences» de l'Institut Wallon Pour la Santé
Mentale, Confluences N°26 de juin 2011 -
Dossier : Jeunes « incasables » ?

ACTUALITES DU SECTEUR...

2^{ème} Journée organisée par la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois

Quelles collaborations possibles avec les services de Santé Mentale ?

Argument

Les Services de Santé Mentale sont-ils des lieux repliés sur leurs certitudes ou des lieux ouverts sur la pluralité sociétale et ses enjeux actuels ?

Cette question provocatrice a lancé la rencontre avec des partenaires qui travaillent quotidiennement en réseau avec nos services.

Les maisons médicales, le monde de l'enseignement, de la justice, du social et la psychiatrie hospitalière nous ont fait part de leurs collaborations avec nous : succès, impasses, originalités, attentes... Leurs questions ont été reprises lors de tables rondes où des représentants des services de santé mentale ont répondu aux arguments avancés et relancé le débat avec la salle.

L'équipe des coordinateurs thématiques a récolté les fruits des discussions officielles et officieuses. Ils servent de base à une troisième journée de la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois au cours de laquelle nous donnerons la parole aux représentants du monde politique à ce sujet.

Introduction

La santé mentale, un concept aux définitions multiples

La définition de santé mentale est loin de faire l'unanimité autour d'elle. C'est au XIX^e siècle qu'apparaît le terme de santé mentale, pendant de celui de maladie mentale qui vient peu à peu remplacer le mot folie. Deux siècles plus tard, la santé mentale reste un concept mal défini. Au lendemain de la 2^e guerre mondiale, l'OMS la définissait comme un état complet de bien-être physique, mental et social. A l'opposé de cette définition simpliste et idéalisée, on en trouve d'autres comme celle de François Cloutier, directeur de la fédération mondiale pour la santé mentale dans les années 1960 et qui dit que « la santé mentale correspond à un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interactions constantes, déterminé sur le plan culturel dans le temps et l'espace, dépendant de conditions plus ou moins favorables personnelles et collectives et reconnaissant

certaines critères fondés sur l'intégration de la personnalité ainsi que sur les capacités d'affronter les difficultés et de résoudre les problèmes de l'existence ». Une belle définition mais qui pêche par excès d'exhaustivité. Plus récemment, Jean Furtos donne une définition de la santé mentale en lien avec son expérience de la précarité : « 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 sans révolte ». Travailler dans un service dont l'objet est défini de manière aussi variée et complexe n'est pas simple, pas plus d'ailleurs que de représenter lesdits services dans une fédération.

Les services de santé mentale en prise avec la complexité

Les Services de Santé Mentale sont-ils à l'image de la complexité des définitions de la santé mentale ? En 1975, quand ces services ont été reconnus et subsidiés, de nombreuses initiatives psychosociales ont profité de cette possibilité pour donner une assise structurelle et financière à leur institution. Les Services de Santé Mentale bruxellois francophones ont ainsi des origines, des dimensions et des structures de fonctionnement très différentes. Chacun a construit petit à petit son mode de fonctionnement, ses actions, ses projets au sein du quartier dans lequel il s'est implanté. Par exemple, certains services ont développé des formules d'accueil du patient originales. Un lieu convivial est mis à leur disposition où un travailleur les accueille. Pour des patients très fragilisés, cette solution est un marchepied bienvenu avant des consultations qu'ils vivent souvent de manière anxieuse. D'autres centres ont développé d'autres modèles d'accueil personnalisés, où les travailleurs psychosociaux reçoivent les demandes téléphoniques. Certains centres fonctionnent de manière plus classique avec des prises de rendez-vous à partir de leur secrétariat et des listes d'attente.

Malgré cette hétérogénéité, les Services de Santé mentale ont un tronc commun structurel et déontologique qui les guide dans leurs actions. Le décret qui les régit précise qu'il s'agit de « services ambulatoires qui, par une approche multidisciplinaire, et en collaboration avec d'autres institutions et personnes concernées par la santé,

contribue au diagnostic et au traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial du bénéficiaire dans ses milieux habituels de vie, et à la prévention en santé mentale ». On trouve plus loin l'obligation d'offrir un premier accueil, d'analyser la demande, de poser un diagnostic et d'offrir un traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial des problèmes de santé mentale. On le voit, un cadre précis mais suffisamment large pour permettre une souplesse de fonctionnement et d'adaptation aux réalités de terrain.

Il y a quelques années, la fédération, consciente de la complexité du paysage offert par les Services de Santé mentale francophone bruxellois, a invité chaque service à se présenter afin de dégager leurs points communs actuels. Cette démarche a animé la première journée de la FSSMB. Il en est ressorti que :

- ~ Tous les services se déclarent généralistes et centrent leurs pratiques sur la personne et non sur la pathologie. Les Services de Santé Mentale sont des lieux où chacun peut venir parler de sa souffrance, avec sa propre subjectivité et ne pas être considéré comme une simple pathologie à soigner.
- ~ Tous les services témoignent aussi d'une évolution qui les amène à travailler en réseau et à sortir de leurs murs. Tous les services témoignent d'une augmentation et d'une complexification des demandes, en lien avec la paupérisation de la population bruxelloise.
- ~ Tous les services sont aussi confrontés à une augmentation des demandes de suivis sur ordonnance et des demandes motivées pour des raisons administratives.
- ~ La plupart des Services de Santé Mentale ont développé des projets spécifiques concernant la petite enfance, les familles monoparentales, les personnes âgées, l'exil, etc. Ces projets ont été développés en réponse à certaines réalités spécifiques rencontrées dans leur zone d'implantation.

Des services adaptés à leur lieu d'implantation

Ce travail précis et multiforme se construit au cas par cas en tenant compte du contexte personnel et social et engage de nombreuses collaborations formelles et informelles avec les secteurs du décret ambulatoire de la Cocof qui les regroupe au sein d'une structure faîtière « social/santé »¹ ainsi qu'avec de nombreux autres partenaires de réseaux. Les SSM reçoivent des demandes de la population tout-venant, individuelles, de couple, de famille, d'un tiers, du réseau et tous âges confondus.

Se pencher de plus près sur la réalité des Services

de Santé Mentale démontre que sa logique n'est pas anarchique mais est la résultante d'une adaptation à la réalité d'une population bruxelloise, elle aussi complexe. La santé mentale concerne tous les individus d'une société et les soins qui y sont apportés n'appartiennent pas qu'aux services de santé mentale, pas plus que ceux-ci ne sont à la disposition unique des autres secteurs de l'aide et du soin. S'adapter à la réalité de la population et répondre aux attentes de nos partenaires est un défi constant pour notre secteur, une gageure et une possibilité de politique de santé publique.

Des services en lien avec d'autres

Depuis de nombreuses années, les services de santé mentale sont au cœur d'attentes et d'interrogations venues des autres secteurs de l'ambulatoire et du monde hospitalier. Régulièrement, des critiques sont formulées. L'intérêt de nos services est, également, souligné. Au sein de notre secteur, les échanges vont bon train et portent pour l'essentiel sur la place des services de santé mentale dans une perspective d'action sociale et de santé publique au cœur des défis et des contextes sociétaux actuels. Les services de santé mentale font l'objet de représentations erronées mais aussi de critiques fondées. Ils sont conscients de ne pas toujours répondre adéquatement à toutes les demandes qui leurs sont adressées. Face aux réalités sociales changeantes, ils ont à réaliser un travail d'adaptation constant lié à de régulières remises en question qui maintiennent la qualité de leur travail de santé mentale.

Cette journée a été un temps de rencontre et de débat pour toutes ces préoccupations. Ni Caliméro, ni autruche, le secteur de la santé mentale a voulu créer la possibilité d'une mise en lumière des obstacles et des réussites qui préfigurent les possibles collaborations entre secteurs afin d'en améliorer les articulations futures sans abraser leurs spécificités et nécessaires différences au service de nos bénéficiaires.

La journée du 14 octobre 2011 a été organisée en ce sens. Le titre posait une question sensible et réunissait des acteurs des maisons médicales, du monde de l'enseignement, de la justice, du social et de la psychiatrie hospitalière. Le document qui suit présente le contenu des échanges de cette journée. Nous tenons à remercier toutes celles et ceux qui ont accepté de se prêter au double exercice de représenter leur secteur et de débattre en table ronde et avec le public¹.

Table- Ronde : Le Social

L'articulation entre le social et la santé mentale

Cette table ronde a été l'occasion de rappeler l'évolution de l'action sociale et en santé depuis les années 90.

¹ Le programme de la journée est annexé à la fin du document.

Une évolution fortement marquée par des approches plus sécuritaires pendant une dizaine d'années et qui depuis 2003 se prolonge par la montée en puissance des politiques d'activation et des techniques managériales. Si de nombreux intervenants de divers secteurs se sont inquiétés de ces évolutions, force est de constater qu'elles n'ont pas été suffisamment portées par des acteurs du champ de la santé mentale. On peut y voir la résistance d'un secteur qui défend depuis toujours la possibilité d'un espace pour l'humain garantissant un travail social plus « libre ». Mais le secteur de la santé mentale peut-il se croire à l'abri de ces évolutions ?

On observe une augmentation du mal-être des différents publics. Les services manquent de temps pour déployer les sollicitations adressées par leurs bénéficiaires, ce qui se marque par l'augmentation d'une souffrance des travailleurs en miroir de celle de leur public. Les travailleurs sociaux ou les intervenants des autres secteurs ressentent un manque de préparation face à ces situations de détresses psychiques, ce qui peut provoquer des sentiments de malaise et de peur ainsi que le désir que ces personnes aillent d'abord consulter un spécialiste de la santé mentale.

Pourtant nombre d'intervenants sociaux ne pensent pas que la solution soit dans la psychologisation ou la psychiatrisation de ces problèmes avec l'espoir d'un retour vers leur service une fois que la personne va mieux. Ils soutiennent une piste plus porteuse consistant à former les travailleurs sociaux à l'approche de ces manifestations du mal-être. Voilà une place où sont attendus les services de santé mentale qui peuvent contribuer à cette formation.

L'accueil des détresses psychiques

Les personnes qui présentent des troubles mentaux perturbent souvent les services sociaux et n'y sont pas toujours accueillies comme elles devraient l'être. Certains cadres institutionnels plus stricts tels que les CPAS, les administrations, ... ne facilitent pas le contact et la prise en charge de ces personnes. Ici aussi, la formation des travailleurs sociaux aux problèmes de santé mentale est indispensable. Cependant, la situation évolue : des supervisions d'équipe sont organisées et les coordinations sociales permettent aux acteurs de la santé mentale de rencontrer ceux du social. Les travailleurs sociaux y trouvent un intérêt dans l'articulation entre leur travail et ses versants psychologiques. S'ouvrir à la dimension psychique, c'est faire une place à la souffrance des usagers ainsi qu'à celle des travailleurs.

Les professionnels pensent souvent qu'ils peuvent comprendre la réalité du travail de l'autre ce qui est loin d'être évident. La méconnaissance de cette réalité provoque des difficultés qui amènent des frustrations et de l'énerverment. On peut observer que, lorsqu'un professionnel est dans une impasse avec une personne, il veut souvent passer la main, par exemple à un service

de santé mentale. Plus la situation est urgente, plus il pense que l'autre est la solution et moins cela fonctionne. Il est important de différencier l'urgence du travailleur de celle de l'utilisateur, ce qui fait également partie du travail de formation à effectuer.

Quelques mythes du travail social

L'expérience montre que de nombreux professionnels de l'aide et du soin sont aveuglés par le mythe du fou qui consiste à penser que les personnes souffrant d'une pathologie mentale sont incapables d'actions concrètes dans la réalité. Ils pensent dès lors ne pas être aptes à aider ces personnes alors qu'ils ont bien souvent les compétences nécessaires pour les aider.

Un autre mythe du travail social laisse supposer qu'il est toujours nécessaire d'entreprendre des actions pragmatiques pour aider les personnes en difficulté. Cette ordonnance de « faire à tout prix » peut constituer un obstacle à l'éveil chez la personne d'un désir de reprendre sa vie en main. Une réponse provocante à ce mythe consiste en l'instauration chez les travailleurs sociaux d'un « devoir d'inefficacité ». Le travail social ne serait pas toujours de l'ordre du faire mais également de celui d'un accompagnement rendant possible la présence du bénéficiaire à sa propre histoire et à ses déterminants.

Une apologie de la complexité

Ces deux mythes et leurs conséquences pèsent sur le travail social et amènent à une nécessaire apologie de la complexité. Nous ne pouvons pas apporter des réponses simples à des questions complexes, sous peine d'inadaptation desdites réponses. Nous sommes dans une société de la précarité avec un double versant : social et mental. Cette dimension double de la précarité n'est pas simplifiable dans le sens d'une précarité sociale qui serait la cause d'une précarité psychique ou vice-versa, mais doit être abordée comme les deux aspects d'une souffrance indissociable inscrite au cœur de la réalité d'une personne.

Cette double précarité précède souvent un possible effondrement social et/ou psychique. C'est le travail des professionnels des services de santé mentale de le prévenir. Pour enrayer cette chute, il ne s'agit pas d'ajouter de nouvelles professions et de nouveaux professionnels de plus en plus spécialisés, il faut oser sortir du cadre. Les cliniciens des services de santé mentale ont-ils toujours conscience qu'ils travaillent sur cette double précarité et donc aussi dans un contexte sociétal ? En matière de santé mentale, une approche intersectorielle est souvent utile. C'est une manière de prendre en compte la complexité des situations rencontrées et d'y apporter des réponses à sa mesure.

Des enjeux pour les services de santé mentale

Il est essentiel de maintenir une fonction sociale au sein

des services de santé mentale. Si les travailleurs sociaux se forment aux dimensions psychologiques, c'est pour que ces nouveaux savoirs soient mis au service du travail social. Il ne faut pas que les assistants sociaux ne fassent que des psychothérapies. Le développement de cette spécificité du travail social en santé mentale devrait permettre une meilleure articulation entre les services sociaux en général et les services de santé mentale.

Dans la même optique, l'action communautaire pourrait être plus développée dans les services de santé mentale, ce qui permettrait une prise en compte articulée des dimensions individuelle et collective et améliorerait les interactions entre l'aide et le soin.

Les approches thérapeutiques classiques ont leurs limites, principalement vis-à-vis des populations en grande détresse. Les acteurs de la santé mentale ont à réfléchir à cette évolution sociétale et adapter leurs représentations et manières d'agir en conséquence.

Table-ronde Les maisons médicales

Première ligne, soins de santé primaires et soins intégrés.

Les maisons médicales se présentent comme des acteurs de soins de santé primaires, c'est-à-dire qu'elles se situent au niveau de la porte d'entrée du système de soins. Elles offrent des soins généralistes, globaux, continus, intégrés et accessibles à toute la population et elles coordonnent et intègrent les services nécessaires à d'autres niveaux de soins. Le niveau secondaire est celui des spécialistes et le niveau tertiaire, celui de la médecine de haute technologie. Les maisons médicales se situent aussi principalement dans le système des soins de première ligne qui sont définis à partir du lieu où le patient prend contact avec le système et énonce son problème. En Belgique, l'accès aux différents niveaux de soins est libre et la première ligne peut se situer au niveau secondaire et même tertiaire. De la même façon, les soins de santé primaires peuvent parfois intervenir en seconde ligne, résultants d'un travail préalable réalisé par d'autres services.

Les maisons médicales prônent un système de soins intégrés, appelé aussi horizontal par opposition aux soins verticaux qui sont ciblés sur une pathologie et son éradication. Les soins intégrés se définissent comme la coordination des activités des services nécessaires à la protection de la santé dans un territoire donné. En ce sens, les maisons médicales considèrent que la santé mentale relève d'une politique de soins intégrés et invitent les services de santé mentale à tenir une place de complémentarité pour aborder ces problématiques.

Les maisons médicales font aujourd'hui le constat d'un manque de structuration et d'une mauvaise gestion des différents niveaux de soins à Bruxelles. Elles observent des lacunes et des redondances dans le système actuel de soins intégrés et souhaitent en optimiser la cohérence.

Un système adaptatif où lacunes et redondances ont leur importance

Les services de santé mentale ne peuvent pas s'inscrire dans le modèle médical de soins intégrés tel qu'il est défini ci-dessus. Ils ont une vision moins médicale de leur action et sont davantage centrés sur la personne que sur sa pathologie. Les systèmes de soins intégrés supposent des réponses immédiates et préétablies aux demandes des patients. En santé mentale, la temporalité est au cœur des prises en charge et en partie déterminée en fonction des aléas de la vie du patient.

Les soins de santé primaires sont définis en fonction des services et les soins de première ligne en fonction des patients. Nommer cette différence permet de faire apparaître les écarts entre un système global où les services sont organisés pour pouvoir répondre à toutes les demandes et un système adaptatif où l'organisation accompagne les réalités changeantes des patients. Les services de santé mentale situent leurs actions du côté d'un système souple, adaptatif où les lacunes et les redondances ont leur importance parce qu'elles permettent aux personnes d'exister et d'exercer leur liberté de choix. Ces questions de l'existence et de la liberté sont inhérentes aux soins en santé mentale.

Les centres de planning familial témoignent de l'intérêt des zones de chevauchement entre les différents secteurs. Elles sont en effet une zone de garantie de la liberté du patient. La redondance a sans doute un prix mais c'est ce qui permet à un individu de trouver à un moment, le bon endroit pour lui.

Il apparaît clairement aujourd'hui que nos pratiques de terrain débouchent sur une interrogation de nos identités professionnelles de secteur et de service. La rencontre et les échanges peuvent réduire les écarts réels ou fantasmés de chacun. Comment articuler entre elles des offres de soins qui partent de modèles différents ? Et comment cette articulation peut-elle se créer dans la coopération plus que dans la concurrence ?

Une articulation possible entre des systèmes de soins différents

Le passage d'une institution à une autre et la continuité des soins méritent que l'on s'y attarde. Ils interrogent tant les représentations des patients que celles des intervenants et soulignent l'importance et l'intérêt d'un travail de démystification et de meilleure compréhension de la folie, de la psychiatrie et de la santé mentale. Le renforcement des fonctions psychologiques et sociales au sein des maisons médicales est une piste d'amélioration de ces représentations et échanges. Lorsqu'ils orientent un patient vers un service de santé mentale, les psychologues et assistants sociaux des maisons médicales font le constat que sans accompagnement, la personne n'arrive pas à destination. L'élaboration conjointe de dispositifs de passages entre institutions ayant des collaborations régulières, tenant compte des réalités de chacun et du fonctionnement psychique des personnes, permettrait

d'améliorer la situation. Ainsi, tout passage doit s'élaborer à la mesure des capacités de la personne à le réaliser et il est parfois nécessaire d'accompagner physiquement une personne à un rendez-vous dans un service qu'elle ne connaît pas.

Chaque travailleur ou service peut être amené à faire autre chose que son travail initial. Ainsi le psychiatre se retrouve à prescrire la pilule contraceptive, le psychologue à être interpellé sur des problématiques de logement ou encore l'assistant social à recevoir les délires psychotiques d'un usager. C'est à cet endroit que le patient dépose sa demande, sa plainte et sa souffrance. Chaque secteur, chaque institution peut à un moment se trouver en défaut d'accueil en fonction d'éléments liés à son territoire, à la taille de ses équipes, à l'augmentation conjoncturelle ou structurelle de la précarité dans la population, à la saturation de son service par d'autres demandes etc. Des accusations de manquements réciproques ne peuvent que nuire à la prise en charge des détresses psychiques dans la cité.

Table-ronde : La psychiatrie hospitalière

Les mises en observation

Les mises en observation se font le plus souvent à l'hôpital. La mise en observation à domicile, légalement possible, reste exceptionnelle. Dans le cadre des projets de sortie, l'articulation entre les services hospitaliers et ambulatoires est nécessaire. C'est un des endroits clés où se joue la continuité des soins qui n'est pas toujours optimale. Certains aspects pratiques compliquent cette tâche : les actes techniques, les règles INAMI, etc. La dimension particulière des mineurs en défense sociale amène des difficultés spécifiques. Une question générale ressort : « Comment et avec qui élaborer et organiser l'accompagnement du patient avant sa sortie de l'hôpital ? »

Urgences psychiatriques et situations de crise

Il s'agit de distinguer les urgences psychiatriques et les situations de crises, qui ont chacune des temporalités et des enjeux cliniques différents. L'urgence est une situation qui doit être traitée immédiatement. La crise, par contre, est un changement subit où une personne présente un état de vulnérabilité la mettant en situation de rupture, de souffrance. Elle peut être l'occasion d'une remise en question salutaire. Toutes les crises ne sont pas des situations d'urgence.

L'urgence n'est pas l'affaire de la seule psychiatrie. C'est surtout une question de souffrance psychique. La place de chaque service est à considérer en restant attentif à une politique de dépsychiatriation. Les suivis psychiatriques ne sont pas toujours indispensables, ni indiqués.

Demande du service envoyeur et liberté du service « receveur »

Les services doivent veiller à ne pas s'instrumentaliser mutuellement. Pour les urgences psychiatriques, il est nécessaire et légitime de poser leur propre regard sur les situations cliniques qui leur sont adressées par un service de santé mentale. Leurs observations, conclusions et décisions peuvent être différentes de celles du service envoyeur. S'il y a une nécessité de déconstruire, cela doit se faire dans un contexte de collaboration, où chacun a l'occasion d'apprendre de l'autre. On doit accepter que les autres équipes ne reçoivent pas le patient comme on l'imagine. Il est important de connaître les équipes à qui on s'adresse et le travail qu'ils effectuent, c'est-à-dire de prendre le temps de la rencontre.

Avoir un contact avec le service envoyeur pour qu'il précise sa demande peut permettre de l'accepter telle quelle. En effet, il est parfois nécessaire de se laisser instrumentaliser parce qu'on comprend le sens de la solution prônée par l'autre professionnel même si celle-ci se situe hors de nos habitudes de fonctionnement. Mais même dans ce cas de figure, il s'agit de garder sa place, de parler du lieu de son inscription professionnelle. Ce fonctionnement permet de garder une créativité dans le travail et d'éviter l'enfermement dans des procédures routinières. Penser nos interventions dans un état d'« intranquillité », est un néologisme qui rend compte de cet état d'esprit ouvert et évolutif dans le travail.

Éléments de possibles collaborations

Qu'est-ce qui dans et à partir des pratiques peut aider au travail de liaison ?

Quelques exemples :

- ~ laisser des plages libres dans les agendas des services de santé mentale pour les urgences et les sorties d'hôpital
- ~ à partir des urgences, laisser un message aux services de santé mentale pour dire qu'une personne suivie par le service est hospitalisée et inversement
- ~ Rendre l'ambulatoire présent dans l'hôpital et penser les sorties plus tôt
- ~ Intégrer le médecin généraliste dans les collaborations

Le travail des services de santé mentale a des limites structurelles, telles la taille de ses équipes, l'absence de personnels infirmiers, l'augmentation croissante des demandes qui leurs sont adressées, etc. De même, la structure de l'hôpital psychiatrique est une entrave à la représentation de l'extérieur en cours d'hospitalisation, à l'avant et à l'après, indispensable à inclure dans le traitement.

L'enseignement

Les PMS, une place de tiers à utiliser

Les centres psycho-médico-sociaux (PMS) tentent de faire vivre un enfant là où l'école ne voit qu'un élève. Ils ne se sentent pas assez soutenus dans ce travail. Les services

de santé mentale pourraient utiliser leurs compétences et leur place spécifique dans le système scolaire. La plupart des enseignants sont préoccupés par l'évolution de leurs élèves et souhaitent être aidés quand ceux-ci sont aux prises avec des difficultés de santé mentale.

Les écoles sont souvent en difficulté pour travailler avec des élèves dont le fonctionnement s'écarte de la norme. Elles font vite appel à des services extérieurs dont les services de santé mentale, voire entrent dans une logique de l'exclusion. Les PMS essayent de tenir une place de tiers entre les enseignants, les élèves et leur famille et les services extérieurs. Ils attirent l'attention sur l'importance pour un service de santé mentale, de ne pas accepter trop vite une demande de l'école. Un travail préalable d'élaboration de la demande incluant la place des PMS peut permettre soit de résoudre la question, soit de favoriser le travail thérapeutique qui s'ensuivra.

Quelles formes pour le secret professionnel ?

Le secret professionnel pose souvent des difficultés dans le travail des PMS qui regrettent le manque de retour quand un jeune consulte un service de santé mentale. Ils sont prêts à réfléchir avec les services de santé mentale à ce qui peut être dit, à qui, comment et pourquoi. Ils peuvent être utilisés pour éviter des échanges directs avec les enseignants, qui sont parfois dans une quête effrénée d'informations.

Les services de santé mentale rappellent la nécessité du secret professionnel. Le transgresser serait synonyme d'une perte de confiance et de crédibilité, et pourrait avoir pour conséquence que les informations soient réutilisées contre le jeune au sein du système scolaire. Ici aussi, un système de collaboration souple respectant le secret professionnel, mais tenant compte de sa réalité scolaire, y compris le travail du PMS, permettrait une meilleure adaptation de l'école aux difficultés de l'élève. On pourrait convenir qu'entre professionnels, on ne se livre pas du contenu mais du processus.

Responsabilité, place et liens

Quand un enfant est en détresse psychique, il nous adresse d'autres questions au-delà de sa souffrance, celle des liens familiaux, sociaux, du sens de sa vie dans la société. Il n'y a pas de santé psychique sans lien social. Tous les acteurs ont une responsabilité conjointe vis-à-vis des élèves et de leur famille. Nous avons à tenir des rôles différenciés dans un dispositif de soins articulé. La manière dont nous témoignons du fonctionnement de ces liens entre nous a une incidence sur l'évolution des relations que l'élève entretient avec ses professeurs, sa famille et ses pairs.

La justice

Des psychologues sur ordonnance

Les psychiatres et les psychologues prennent de plus en plus de place dans le monde judiciaire. Avec les nouvelles législations, ils sont, non seulement des experts que la

justice consulte pour établir le niveau de responsabilité du justiciable, mais aussi pour le type de sanction à prévoir. La collaboration entre le monde judiciaire et le monde psychologique prend une autre forme, celle des thérapies sur ordonnance, où le psychologue devient un exécutant d'une décision de justice. La démarche personnelle du patient et sa liberté sont évacuées ce qui modifie considérablement le type de prise en charge et les effets qui peuvent en être attendus. Il s'agit d'être attentif à ce que les psychologues et les psychiatres ne soient pas mis en demeure de pallier aux limites de la Justice, devenant des agents d'une injonction d'efficacité et de sécurisation de la société.

Une collaboration difficile mais nécessaire entre des fonctions différentes

Pour le Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), les services de santé mentale font des bilans pluridisciplinaires qui les aident à penser les pistes de travail les plus adéquates, de la guidance psycho-éducative et des thérapies individuelles et familiales, ce qui fait d'eux des partenaires de travail importants. La méconnaissance de chaque secteur vis-à-vis de l'autre constitue un écueil aux collaborations et pourrait être améliorée.

Le SAJ relève plusieurs points de difficulté dans les collaborations :

- ~ Ils ont l'impression que les conditions d'accès aux services de santé mentale sont contraignantes et entraînent un découragement des bénéficiaires.
- ~ Il se demande si les services de santé mentale reçoivent des personnes pour qui l'accès à la parole est déficient, qui ne sont pas capables planifier leurs horaires ou qui se déplacent avec difficulté.
- ~ Ils souhaitent être proactifs vis-à-vis des situations dont ils ont la charge mais ne veulent pas s'ingérer dans le travail des services de santé mentale.

Le SAJ situe sa fonction du côté du contenant, c'est-à-dire de l'autorité symbolique, du tiers témoin, de l'espace de concertation, etc. Il voit la fonction des services de santé mentale du côté du contenu, c'est-à-dire de la compréhension des situations et de l'élaboration de leurs articulations. Pour le SAJ, toute collaboration autour d'une situation est singulière et son évolution est une affaire de rencontre entre des personnes, des institutions et des cadres institutionnels.

Des rencontres étranges nécessitant des cadres de collaboration souples

De sa place, le Service de Protection Judiciaire (SPJ) rencontre des gens bizarres dans des contextes improbables. La complexité des situations et les carences sociétales et institutionnelles forment un quotidien traversé de paradoxes auquel il fait face. Il s'interroge sur la manière

dont il devrait parler pour être entendu par les services de santé mentale. Comment entrer dans la logique de l'autre, trouver un discours commun ?

Les SPJ relève, lui aussi, des difficultés dans les collaborations, parfois liées aux représentations que chacun a de l'autre. Par exemple, il y a l'image du psy qui ne se mouille pas ou celle du juge tout puissant. Comment faire passer l'idée que dénoncer n'empêche pas d'aider ou que ce n'est pas parce qu'un psychologue s'implique concrètement dans une situation qu'il rend son cadre de travail caduc ? Est-ce que parfois, on n'entretient pas exagérément l'idée que les gens peuvent s'en sortir seul ? La présence du psychologue au tribunal, en position de soutien du patient est intéressante et n'entrave pas la poursuite du travail thérapeutique.

Il est important pour les services de santé mentale de distinguer les demandes qui sont faites par le SAJ, de celles du SPJ. Une demande d'expertise ou d'avis médico-psychologique, de guidance parentale ou de bilan, de thérapie familiale ou de psychothérapie individuelle, etc. Chaque demande a ses spécificités et implique des cadres d'interventions différents qui positionnent l'enfant, sa famille et le professionnel autrement. Elle doit faire l'objet de clarifications pour expliciter les effets, les possibilités et les limites de l'intervention du service de santé mentale. Ce travail, parfois difficile à comprendre, n'est pas une réticence à la prise en charge mais une nécessité pour permettre à un enfant de disposer d'une parole protégée et d'une intervention respectueuse de sa situation et de sa famille.

Il en résulte la nécessité de définir le rôle de chacun et le champ de la collaboration, tout en prenant le temps d'exprimer aussi ce qui fonctionne bien. Nous devons respecter l'individu, les services et le cadre de travail. A ce sujet, l'attention des AMO à ne pas étiqueter les personnes, est une préoccupation qu'ils partagent avec les services de santé mentale. Une personne peut être à la fois élève, malade, justiciable, frère, ... tous ces éléments doivent coexister dans la tête des professionnels même s'ils ne sont en charge que d'un seul de ces aspects. Chaque service de santé mentale travaille différemment mais tous réfléchissent aux questions que pose l'orientation vers un lieu de parole où il s'agit toujours d'une rencontre singulière.

Pour terminer mais sans conclure

Cette journée s'est révélée riche en échanges et en émulations réflexives. A plusieurs reprises, les débats ont pris un ton vif, enjoué, tendu et passionné. D'apostrophes en invitations, les interventions ont dessiné les contours de possibles collaborations et d'amélioration de nos partenariats enrichis des éclairages et expériences de chacun.

Elles ont aussi figuré les territoires de chaque secteur,

tantôt faits d'ouvertures, tantôt de replis. C'est un périlleux exercice, à reprendre sans cesse, que de trouver un équilibre entre intégration et différenciation avec souplesse et respect des limites et des bénéfices du travail de chacun et dans une volonté d'apprentissage réciproque.

Ces rencontres ont permis, sans nul doute, de montrer l'engagement de chaque professionnel et de chaque secteur vis-à-vis des bénéficiaires. Ceux-ci, communs et différents, ne nous adressent pas les mêmes demandes et nos façons de les rencontrer et de les aider peuvent différer. Mais tous, nous avons le souci d'un travail de qualité. Cette journée a prouvé l'importance, pour travailler ensemble à des places différentes, de prendre le temps de mieux se connaître, de partager nos référentiels, de métisser nos pratiques et nos savoirs, sans diluer nos identités et nos champs d'action respectifs et en se soutenant mutuellement de l'expertise de chacun.

A partir d'expériences collaboratives qui tiennent compte du contexte social et de ses effets sur les usagers et sur les professionnels et qui considèrent la singularité des personnes, de ce qu'elles déposent chez chacun d'entre nous, de ce qu'elles agissent en nous ou de ce qu'elles refusent de nos interventions, il semble possible de travailler à plusieurs, à des places différentes en articulant nos actions et nos modèles, sans entraver la liberté de chaque bénéficiaire à faire sien ou non le soin proposé. Ne pas homogénéiser l'offre reste le meilleur moyen de rencontrer l'hétérogénéité du tissu humain susceptible d'adresser une ou des demandes à nos différents services. Si certaines demandes peuvent être réorientées avec le soin nécessaire, nous devons parfois, en raison des limites de la personne, l'accueillir le temps nécessaire, faire autre chose que nos métiers initiaux afin d'accompagner, pas à pas et sans la précéder, sa trajectoire.

Cette journée a été une invitation à la créativité et la co-construction de dispositifs de soins et d'aide dans un dialogue ouvert qui cherche les collaborations possibles plutôt que le maintien de postures défensives. Le secteur de la santé mentale souhaite favoriser ce travail de rencontre au même titre que les autres secteurs partenaires et d'en faire une partie de sa politique de santé publique.

FSSMB

Programme

Cinq tables-rondes : Exposés – échanges – débats

Allocution de Bienvenue

Paul Jaumaux | Président de la Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois

Le social

Exposés : Catherine Bosquet | Maître-assistant HE Paul-Henri Spaak et Présidente du Comité de Vigilance en Travail Social | Caroline Legrand | Coordinatrice Sociale CPAS Woluwé-Saint-Lambert

Discutants : Sébastien Alexandre | Coordinateur du Réseau SMES-B | Aurélie Barette | Assistante Sociale au SSM du Chien Vert

Les maisons médicales

Exposés : Latifa Serghini | représentante des Maisons médicales | Dr. Michel Roland | Médecin généraliste Maison Médicale Plurielle

Discutants : Axel Raida | Chargé de Mission service politique et citoyenneté à la Fédération Laïque de Centres de

Planning Familial | Frédéric Willems | Psychologue, Coordinateur du Service Santé Mentale l'Adret

La psychiatrie hospitalière

Exposés : Dr. Gérald Deschietere | Psychiatre, Responsable Unité de crises et d'urgences psychiatriques

Clinique Universitaire Saint-Luc (UCL) | Dr. Edith Stillemans | Psychiatre, Médecin Chef, C.H.J. Titeca

Discutants : Dr. Jean-Philippe Heymans | Psychiatre au Service Santé Mentale du Chien Vert | Pascale De Ridder | Co-coordinatrice du Projet Hermès

L'enseignement

Exposés : Claire Kagan | Directrice Centre PMS de la Communauté Française de Woluwé | Valérie Delavaux | Psychomotricienne en milieu scolaire

Discutants : Dr. Sylvie Doehaerd | Pédopsychiatre au Service Santé Mentale le Wops | Marie-Rose Kadjo | Directrice asbl Entretemps (sous réserve)

La justice

Exposés : Lucien Nouwynck | Avocat Général près la Cour d'Appel de Bruxelles

Discutant : Eric Messens | Directeur de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

Aide à la Jeunesse

Exposés : Danielle Leclercq | Directrice SPJ Bruxelles | Valérie Latawec | Conseillère Adjointe au SAJ de Bruxelles

Discutant : Pascale Gustin | Psychologue au Service de Santé mentale le Chien Vert | Philippon

Toussaint | Directeur Dynamo AMO

Clôture

Eric Messens | Directeur de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale

La FSSMB réagit à l'enquête « Le bien-être des Belges » publiée dans le journal *le Soir* en juin 2012.

L'enquête du journal *Le Soir* sur la déprime des Belges confirme ce que nos équipes constatent quotidiennement dans leur travail de terrain. Elle a le mérite de mettre en exergue les souffrances d'une partie de la population sur laquelle on se penche rarement en ces termes. En effet, les situations criantes de la grande précarité sociale ou celles de la psychiatrie, avec leurs cortèges d'effets dérangeants pour la société (violence, insalubrité, propos incohérents, ...) interpellent plus souvent nos instances politiques soucieuses de répondre aux inquiétudes de leur électorat. Les dépressions, burn-out, angoisses et tentatives de suicide sont des maux qui touchent de plein fouet les classes moyennes et témoignent d'un malaise social dont on commence à mesurer l'ampleur. L'augmentation continue de la consommation de médicaments psychotropes en est souvent le seul indice relayé par les médias. Les 22 services de santé mentale bruxellois francophones rencontrent ces situations depuis de nombreuses années et alertent l'opinion sur les effets délétères d'une société construite essentiellement sur les valeurs de l'individualité, de la rentabilité et du gain. C'est ainsi notamment que la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale a organisé en 2007 un colloque intitulé « jusqu'ici tout va bien » aux accents malheureusement précurseurs. Les services de santé mentale sont actuellement appelés sur plusieurs fronts :

- ✓ La psychiatrie hospitalière, confrontée elle aussi à une augmentation des demandes qui lui sont adressées, attend une collaboration accrue avec nos services. Le projet de réforme des soins en santé mentale nous assigne à une place de partenaires importants, place que nous nous efforçons de tenir au mieux mais qui est coûteuse en temps de travail.
- ✓ Les associations sociales sont confrontées à de nombreux problèmes relevant de la santé mentale. Elles sont demandeuses d'aide pour faire face à ces difficultés. Nous apportons une aide directe en recevant les patients qu'elles nous adressent et une aide indirecte en termes de supervision et de formation et de présence dans les quartiers afin que la santé mentale soit l'affaire de tous et non des seuls spécialistes.
- ✓ Enfin, les patients, tout âge confondu, qui consultent directement nos services pour les problématiques relevées par votre étude et pour d'autres difficultés. Ces patients n'ont pas la possibilité financière de consulter un psychologue travaillant

en privé ou ont besoin d'une aide pluridisciplinaire caractéristique des services de santé mentale. Leur nombre s'accroît, d'une part conformément aux résultats de votre étude et d'autre part, en fonction de la paupérisation de cette population qui peut de moins en moins consulter en privé.

On voit combien la saturation qui affecte nos services de santé mentale est multifactorielle. Ils font l'objet d'attentes importantes souvent déçues, non pour des questions de compétences, mais bien par manque de moyens. Nos équipes n'ont plus été renforcées depuis des années et leurs possibilités d'actions ne correspondent plus à la réalité de la santé mentale aujourd'hui.

Les solutions prônées par madame Onkelinx ressemblent malheureusement à des emplâtres sur des jambes de bois. En effet, promouvoir le travail en réseaux, articulé avec les médecins généralistes est une solution qui a déjà cours sur le terrain dans de nombreuses situations. Mais collaborer implique de se parler, voire de se réunir, de se tenir au courant de l'évolution d'un patient, etc. Le gain en qualité est réel mais au prix d'une augmentation du temps de travail qui aggrave le problème de la saturation de nos services.

Nous voudrions aussi manifester notre désaccord avec le modèle de soins proposé par Madame Onkelinx. La médecine a tendance à considérer la santé mentale comme une branche faisant partie intégrale de son domaine. Dans l'article du *Soir*, la comparaison qui est faite avec les modèles conçus pour les diabétiques et les insuffisants rénaux en témoignent. La santé mentale déborde largement du seul domaine de la médecine. Elle concerne le social, la vie communautaire, l'autonomie, le sens de l'existence, etc. Autant d'éléments qui en font un domaine spécifique en lien avec d'autres.

Si un patient souffre d'une rage de dent, le médecin généraliste peut l'adresser à un dentiste. S'il souffre d'une dépression (une rage dedans), cela ne se passe pas de la même façon. Le médecin peut envisager avec lui de consulter un psychothérapeute, pas le prescrire. Ce qui fait soin pour une personne souffrant de symptômes dépressifs ou autres est multiforme et complexe. Le cheminement propre à chaque individu n'est pas linéaire, ni prédictible. C'est en cela qu'il échappe à toute modélisation de réseau de soin dans lequel il y aurait un trajet prédéfini. En santé mentale, le patient n'est pas l'objet du traitement, il en est le sujet. Il en prend la décision, l'élabore et le met en œuvre à son rythme, avec parfois des allers-retours et même des refus nécessaires. Cet accompagnement se

construit dans le temps, au cas pas cas, avec l'aide et le soin spécialisés du psychothérapeute.

Un modèle de collaboration en santé mentale ne peut pas s'élaborer uniquement dans le cadre des soins médicaux intégrés où le patient deviendrait l'objet d'un soin univoque à la trajectoire préétablie. Ce modèle doit être pensé avec des espaces de liberté, de choix du patient, notamment entre les services concernés. Cela nécessite la présence de lieux de soins multiples où une personne peut, par exemple, consulter hors de son quartier parce qu'elle n'a pas envie que ses voisins le sachent. Parfois, ne pas trouver de suite le bon service permet aux patients de se mobiliser, d'appeler des amis pour avoir des adresses, etc., ce qui fait déjà partie du processus de guérison. On le voit, dans ce domaine, il s'agit de penser un système de soins souple et respectueux des choix du patient car ceux-ci font partie intégrante du traitement.

En outre, les modèles présentés dans votre enquête ne prennent pas en compte l'ensemble des facteurs favorisant la santé mentale hors du champ des professionnels du soin : l'éducation et la formation, le contexte socio-économique, le réseau social et professionnel du patient, etc. Il s'agit de soutenir des politiques qui promeuvent le respect de l'individu, de la citoyenneté et de la solidarité. La santé mentale ne peut se penser hors des liens qu'entretiennent entre eux les membres d'une société, hors de l'assurance du minimum nécessaire pour vivre, hors de perspectives d'avenir. La santé mentale est une question de politique de santé publique qui réclame la prise en compte des déterminants individuels, familiaux et sociétaux. Elle n'appartient pas aux seuls professionnels ou aux individus déconnectés du contexte de vie dans lequel ils s'inscrivent. Elle ne peut se réduire à une lecture économique qui imposerait des trajets de soins rentables au détriment d'un « prendre soin » durable.

Enfin, l'idée que l'on pourrait répondre aux défis auxquels la santé mentale est confrontée sans dégager de nouveaux budgets est un mythe. Le professeur Pitchot compare la situation actuelle aux prémises d'un possible « tsunami psy ». Nos services font partie d'un ensemble de structures qui jusqu'à présent, ont pu contenir tant bien que mal la souffrance d'origine sociale et son cortège d'effets délétères notamment sur la santé mentale. Ces digues sont en train d'être submergées par des flots de patients en détresse. Si un Belge sur douze déclare avoir tenté de se suicider, il est impératif de se demander quelles sont les souffrances sociétales qui pèsent à ce point sur les individus et les familles. Il est urgent d'agir, non pas en pratiquant de partielles réparations de fortune, mais en repensant la politique en santé mentale et en finançant ce secteur de façon adéquate, tout en agissant sur les facteurs socio-économiques qui précipitent une importante frange de la population dans une détresse psychologique. Ne pas tenir compte des effets de la réalité socio-économique sur les souffrances psychiques renverrait les individus à leur unique responsabilité et les professionnels à un rôle de régulateur social, au détriment d'une approche complexe tenant compte des facteurs cités ci-dessus et favorisant

une responsabilité collective. La santé mentale, c'est l'affaire de tous.

La Fédération des Services de Santé Mentale Bruxellois francophones (FSSMB) en collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM).

LE PROCHAIN NUMÉRO...

Le Prochain Numéro...

Le numéro 19 du Mental'idées sera consacré au dossier thématique « Hébergement égalitaire : interrogations croisées autour de l'intérêt de l'enfant » et reprendra les actes de la Journée du 15 novembre 2011 organisée par la Ligue sur ce thème.

Cette rencontre entre professionnels de la Santé Mentale et de la Justice a tenté de saisir les contours de la notion d'intérêt de l'enfant dans le cadre de la nouvelle loi de 2006 tendant à privilégier l'hébergement égalitaire de l'enfant dont les parents sont séparés.

Les avocats, les magistrats, les médiateurs, les experts, les psychologues participant à cette journée ont eu l'occasion de s'exprimer sur leurs représentations des questions soulevées par cette thématique et sur les effets perçus du changement dans les pratiques et au sein de familles.

Ce dossier présentera notamment les contributions des professeurs Jean-Louis Renchon et Jacques Marquet, de Martine Goffin, psychologue, de Carine De Buck, pédopsychiatre, de Muriel Grognard, magistrate et juge de la jeunesse, d'Yves Terlinden, avocat en droit de la famille, de Damien d'Ursel, avocat et médiateur familial, et de Manoëlle Descamps, psychothérapeute et expert. Ce sera aussi l'occasion de vous présenter les résultats d'une étude portant sur quelques 2000 jugements, répartis sur 4 ans, dans deux arrondissements judiciaires.

Il en ressort que la nouvelle loi a surtout accompagné un mouvement déjà amorcé par les tribunaux avant 2006. Tous types de demandes confondus, 12,8 % des litiges se sont conclus par un hébergement égalitaire. Pour les litiges où l'un des deux parents demande explicitement un hébergement égalitaire, il a été accordé dans 37% des cas et refusé dans 63% des cas.

Ce prochain numéro de notre revue comportera également les rubriques habituelles. Nous vous invitons à nous faire parvenir vos textes pour « Cartes Blanches » et pour « Au fil Des-Mêlées » qui sera un espace d'expression et de discussion relatives aux textes des numéros précédents ou à l'actualité : prolongements, débats, critiques, contre-points...

Vos textes doivent être envoyés uniquement sous format word avant le 20 décembre 2012 à l'attention de Mirella Ghisu : ghisu.lbfsm@skynet.be

Nous vous remercions déjà pour votre collaboration.

Mirella Ghisu, responsable de rédaction

L'ÉQUIPE...

Eric Messens - Directeur

Pascal Banzira - Informaticien

Ariane Coppens - Documentaliste

Michèle De Bloudts - Coordinatrice - Animatrice

Mirella Ghisu - Coordinatrice - Animatrice - Responsable de rédaction

Gabrielle Lana - Secrétaire remplaçante - Graphiste

Véronique Quidbach - Secrétaire

Philippe Hoyois - Sociologue - Chercheur

Sophie Tortolano - Assistante à la coordination générale

Psycendoc

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

Horaires

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

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements : Ariane Coppens
Tél: 02/501 01 20

Fax: 02/511 52 78
email: psycendoc.lbfsm@skynet.be

LE COMITÉ DE RÉDACTION

Mirella Ghisu - Responsable de rédaction - Coordinatrice - Animatrice
Manu Gonçalves - Coordinateur Précarité
Sophie Tortolano - Assistante à la coordination générale
Ariane Coppens - Documentaliste

Editeur responsable : Eric Messens

Véronique Quoidbach : Dessin

MENTAL'IDÉES

N° 18

Le numéro 19 paraîtra en février 2013

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale



53, Rue du Président - 1050 Bruxelles

Tél : 02/511 55 43

email : lbfsm@skynet.be

Editeur responsable : Eric Messens - Directeur

Site web : www.lbfsm.be

Organisme agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

