

Actes

du colloque international du Vendredi 10 novembre 2006

**QU'EST-CE QUE LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE
À L'ÉPOQUE DE LA MONDIALISATION NÉO-LIBÉRALE
ET DE LA BIOPOLITIQUE ?**



PROGRAMME

8h30 : accueil des participants.

9h00 : *Des années 70 aux années 2000 : d'une « société sans asile » à un « asile sans société » ?*

Charles Burquel (président de l'Autre « lieu »), Micheline Roelandt (co-fondatrice de l'Autre « lieu »), Yves-Luc Conreur (co-fondateur de l'Autre « lieu », animateur culturel à l'Autre « lieu »).

9h30 : *Qu'est-ce que la psychiatrie à l'époque de la mondialisation néo-libérale et de la biopolitique ?*

Mario Colucci, psychiatre (Département de santé mentale de Trieste) et Pierangelo Di Vittorio, philosophe et enseignant (Université de Bari).

11h00 : pause-café.

11h15 : *La santé mentale comme nouvelle gouvernance de la misère psychique et de la souffrance de masse ?*

Patrick Coupechoux, journaliste (collaborateur au Monde diplomatique).

12h15 : déjeuner.

13h30 : Ateliers.

Atelier 1 : *Quelles fonctions et quels rôles réservés à la psychiatrie et aux secteurs santé mentale et social dans un monde néo-libéral ?*

Avec comme référents, Mario Colucci et Pierangelo Di Vittorio.

Atelier 2 : *Travail et chômage, banalisation de la violence néolibérale et de la souffrance – Rationalisation des subjectivités et injonction à l'emploi.*

Avec comme référents, Pierre Grippa (Maison Médicale de Forest) et Yves Martens (Collectif Solidarité contre l'Exclusion et Plateforme contre la Chasse aux chômeurs).

Atelier 3 : *Soigner le mal être : une compétence professionnelle et / ou une compétence profane ?*

Avec comme référents, Patrick Coupechoux, journaliste et Jean de Munck, anthropologue (UCL).

15h30 : pause-café.

15h45 : *Synthèse du contenu des ateliers en plénière, débat et rencontre avec des décideurs, des parlementaires et des experts.*

Avec Françoise Dupuis, Secrétaire d'Etat chargée du logement (Région de Bruxelles-Capitale), Paul Galand, député (Région de Bruxelles-Capitale) et parlementaire (Communauté française), Dominique Maun, chargée des matières de santé CoCoF au sein du Cabinet du Ministre Benoît Cerexhe, chargé de la santé (Région de Bruxelles-Capitale) et Myriam De Spiegelaele, directrice scientifique de l'Observatoire de la santé et du social (CoCom – Bruxelles).

17h00 : verre de l'amitié.

Actes

du colloque international du Vendredi 10 novembre 2006

Maison des Associations Internationales

40, rue Washington

1050 Bruxelles (Ixelles)

Avril 2007, l'Autre « lieu ».

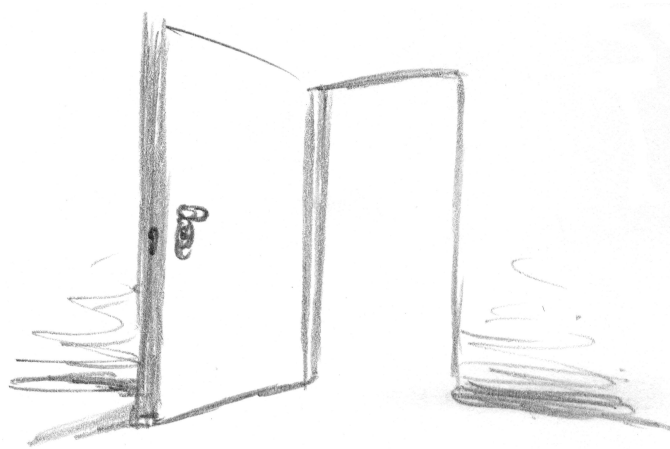


S M M A I R E

1. INTRODUCTION AU COLLOQUE	p. 5
2. QU'EST-CE QUE LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE À L'ÉPOQUE DE LA MONDIALISATION NÉO-LIBÉRALE ET DE LA BIOPOLITIQUE?	p. 11
3. ATELIERS THÉMATIQUES	p. 45
ATELIER 1 Quelles fonctions et quels rôles réservés à la psychiatrie et aux secteurs santé mentale et social dans un monde néo-libéral ?	p. 47
ATELIER 2 Travail et chômage, banalisation de la violence néo-libérale et de la souffrance – Rationalisation des subjectivités et injonction à l'emploi.	p. 67
ATELIER 3 Soigner le mal être : une compétence professionnelle et / ou une compétence profane ?	p. 83
4. SYNTHÈSE DES ATELIERS	p. 99
5. PANEL POLITIQUE ET SCIENTIFIQUE	p. 109
6. LA PAROLE CITOYENNE EN QUESTION (ANNEXE)	p. 127



INTRODUCTION AU COLLOQUE



INTRODUCTION AU COLLOQUE



Le néo-libéralisme et la biopolitique¹ ont creusé leur sillon. Le couple de la Nébuleuse santé mentale et de la psychiatrie se territorialise, se socialise et se médicalise. Loin de s'épuiser, sa fonction de contrôle et de normalisation se généralise. Il devient, sur fond de précarisation économique et sociale, politique et psychique, un pouvoir diffus, capillaire, quotidien de prévention des risques pathologiques de la société.

La mise sur pied, dans certains pays, de recherches épidémiologiques pour le dépistage précoce (entretiens diagnostiques structurés avec l'aide des parents et des enseignants, analyses d'ADN) des risques psychopathologiques et des troubles psychiques dès l'école maternelle atteste que tous les « écarts » sociaux doivent simplement disparaître le plus vite possible.

« Qu'est-ce que la psychiatrie et la santé mentale à l'époque de la mondialisation, du néo-libéralisme et de la biopolitique? ». C'est sur ce thème que l'Autre « lieu » (Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives) a organisé, le 10 novembre 2006, dans le cadre de son 25^{ème} anniversaire, un colloque international avec comme invités Mario Colucci, psychiatre au département de santé mentale de Trieste, Pierangelo Di Vittorio, philosophe et enseignant à l'Université de Bari, auteurs de « Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempêtif » (Erès, juin 2005) ainsi que Patrick Coupechoux, journaliste, collaborateur au Monde diplomatique, auteur d'« Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux » (Seuil, février 2006).

Au sein du monde du travail, la banalisation de la violence et de la souffrance – qu'on inflige et qu'on s'inflige – devient l'étalon des relations de concurrence qu'appelle la mondialisation néolibérale. Il ne s'agit pas de la souffrance au travail mais de l'organisation du travail – et du chômage – comme souffrance. S'agissant des chômeurs et des allocataires sociaux, l'Etat social rationalise leur subjectivité à travers des plans d'accompagnement individuel qui leur fait injonction d'un comportement de recherche d'emploi malgré la pénurie de travail organisée collectivement par les actionnaires des entreprises.

L'offre de soins du secteur de la santé mentale, même diversifiée, s'accompagne de l'abandon de certaines catégories de personnes : patients chroniques, patients psychiatriques âgés, SDF, population « non demandeuse » de soins ou personnes trop « encombrantes »...

La charge de la sphère privée s'est accrue dans les trajectoires des patients psychiatriques : intervention grandissante des familles et surtout des femmes dans le temps hors hospitalisation, augmentation des interventions profanes.

Dans ce contexte, la notion de santé mentale, non plus posée à partir de la folie, de l'étrangeté et de l'altérité dans la Cité, mais comme réponse à la misère psychique et à la souffrance de masse, permet d'une part d'éviter de poser les vraies questions politiques soulevées par celles-ci et, d'autre part, de réduire la maladie mentale à un mal-être social ambiant largement *santémentalisé* et *bio-pharmacologisé*.

Si l'asile est physiquement en extinction, il survit à travers des instruments culturels et opérationnels qui en reproduisent l'idéologie : constitution de structures thérapeutiques résidentielles qui se transforment souvent en ghettos pour nouveaux « *chroniques* », légèreté avec laquelle on prononce des diagnostics médicaux sans appel, utilisation incontrôlée de nouveaux médicaments, utilisation d'instruments thérapeutiques exclusivement dans un but de contrôle et enfin, agressivité de la psychiatrie biologique comme réductionnisme banalisant et simplificateur de la complexité de l'homme, offensant pour la dignité et la souffrance du patient – étant entendu que les composantes bio-pharmacologiques de la maladie doivent être affrontées.

Si la folie est une maladie du cerveau, elle peut n'avoir aucun contact avec notre expérience personnelle au-delà de la peine qu'elle suscite en nous. Mais si elle est *un événement existentiel et lacérant*, elle se rapproche trop dangereusement de notre normalité pour ne pas être perçue comme inquiétante et angoissante.

La véritable « *institution asilaire* » n'est pas la psychiatrie mais la médecine qui appauvrit la complexité de la demande en réduisant tous les problèmes de nature sociale – la misère, la marginalité, la perte de pouvoir contractuel et de droits de citoyenneté – à une réponse sanitaire. La maladie n'est pas la souffrance : la maladie est la rationalisation de la souffrance à travers une idéologie médicale qui se charge de l'occulter. Ce modèle épistémologique, médical et psychologique gagne des domaines entiers de l'activité humaine. La médicalisation, c'est la prégnance des catégories de pensées de la médecine dans la lecture des conduites humaines. Elle est opérante aussi dans le monde de la justice, du travail, du logement, de l'école ou de la politique du droit d'asile.

Loin de privilégier de petites stratégies créatrices, des occasions de rencontres qui soient des germes d'émancipation ou des possibilités multipliées d'échanges entre personnes et ne séparant pas *l'existence-souffrance* de la personne du corps social, une armée de nouveaux techniciens de la norme, juges de normalité, *pathologisent* le vivant et la politique et les assimilent in fine à un *danger*. La grande nouveauté du néo-libéralisme est qu'on passe des établissements publics de l'exclusion (anciens asiles ou hôpitaux psychiatriques carcéraux) au réseau des établissements privés de l'« *intégration* » (humanisation des conditions de séjour et de traitement, législations sur les droits individuels du patient) mais que ces réseaux d'assistance privatisés produisent de nouvelles formes d'exclusion de plus en plus dramatiques : ceux qui ne semblent plus rentables sur le marché médical et de l'assistance, ceux qui sont trop gravement entamés par la maladie ou la vieillesse sont soit destinés à disparaître à jamais dans des structures protégées qui ressemblent de plus en plus à des décharges sociales, soit abandonnés à la rue.

La question des résistances, des subjectivations créatrices, de la prise que les personnes ou groupes peuvent développer sur ce qui apparaît parfois comme une fatalité extérieure à eux-mêmes, comme un processus historique d'amertume que la survenue d'aucun événement ne pourrait désormais transformer, fera l'objet d'échanges dans 3 ateliers différents lors du colloque.

NOTES

1. *Biopolitique* est un néologisme formé par Michel Foucault pour identifier une forme d'exercice du pouvoir qui porte non plus sur les territoires mais sur la vie des gens, sur des populations. Il a été repris et développé depuis par Giorgio Agamben.



**QU'EST-CE QUE LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE
À L'ÉPOQUE DE LA MONDIALISATION NÉO-LIBÉRALE
ET DE LA BIOPOLITIQUE ?**



QU'EST-CE QUE LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE À L'ÉPOQUE DE LA MONDIALISATION NÉO-LIBÉRALE ET DE LA BIOPOLITIQUE ?



Charles Burquel, Président de l'Autre « lieu »

Ces 25 ans de l'Autre « lieu », c'est un moment important, comme pour toute association d'ailleurs. C'est un moment où on se dit : « faut-il continuer à penser nos questionnements d'avant ? Comment les reprendre dans le contexte actuel puisque les questions prennent évidemment d'autres formes ? ». Depuis l'après deuxième guerre mondiale, beaucoup de choses, concernant la souffrance psychique et le champ de la santé mentale, se sont passées non seulement au sein de la psychiatrie mais aussi dans la société elle-même. Vous voir si nombreux – comme me le disait Micheline Roelandt, « *il y a une série de visages que je connais pas* » –, cela veut dire qu'il y a toute une série de personnes jeunes et intéressées par ces questions, des professionnels mais pas seulement, également des citoyens sensibilisés par ces problèmes. Puis il y a aussi les personnes qui ont vécu ou connu des troubles psychiques à certains moments. L'Autre « lieu » est un lieu qui permet ce type de rencontre, un lieu qui permet de penser à plusieurs, des « *plusieurs* » issus de toutes sortes de milieux, eu égard à ces questions de santé mentale. Mais avant d'aller plus loin, il me paraît important de céder la parole aux fondateurs de l'Autre « lieu », plus particulièrement Micheline Roelandt, qui va reprendre quelques éléments d'histoire de l'Autre « lieu » et expliquer dans quel contexte les choses se sont déroulées, puis Yves-Luc Conreur.



Micheline Roelandt

Merci, Charles. Je tiens naturellement d'abord à remercier les organisateurs de cette journée de m'avoir invitée à introduire ce colloque. C'est donc bien en 1981 qu'une série de personnes ont créé officiellement l'Autre « lieu », une ASBL qui se proposait de réaliser deux objectifs : maintenir un regard critique sur les pratiques en psychiatrie – c'est ce que nous sommes censés poursuivre aujourd'hui – et proposer des alternatives à l'hospitalisation en institution psychiatrique par l'organisation d'un réseau d'accueil dans la population pour des personnes en souffrance psychique.

Les membres fondateurs de l'Autre « lieu », également appelés *promoteurs*, faisaient tous partie depuis une dizaine d'années d'un réseau informel qui se réclamait de l'antipsychiatrie, un mouvement international promu par bon nombre de psychiatres, voire de sociologues, issus de différents pays. Je pense à Basaglia, Cooper, El-Kaïm, Oury, Castel, qui tous s'opposaient à la réduction des malades mentaux à des objets de soin et revendiquaient leur reconnaissance comme sujets. Ils protestaient violemment contre les dérives institutionnelles qui impliquaient la mise sous traitement des malades mentaux dans des lieux fermés, où leur infantilisation était la règle, pour ne pas parler des traitements dégradants et de contention que certains subissaient.

Ce n'est probablement pas un hasard si le Réseau International Alternative à la Psychiatrie², créé à Bruxelles, a connu un essor dans les années septante. Invoquons la mise à nu, par Erving Goffman, à la fin des années 60, des dérives inhérentes aux institutions totalitaires et fermées ; invoquons la révolution – ou la révolte intellectuelle et culturelle – de mai 68 qui prônait un monde de « *tous les possibles* » ; invoquons surtout un essor économique qui permettait à notre société de se soucier des plus faibles, des plus démunis, et donc de revendiquer un traitement digne pour ses malades mentaux.

Quels étaient les points forts de nos revendications de l'époque ? La maladie mentale, pour autant qu'elle existe, puisqu'on en a douté, devait se comprendre à partir d'une analyse bio-psycho-sociale. Elle devait se traiter tant biologiquement que psychologiquement, relationnellement et socialement. L'enfermement en psychiatrie, pensions-nous, aliénait encore plus le malade mental. L'hospitalisation devait donc, lorsqu'elle s'imposait, se restreindre dans le temps, et le respect de la dignité humaine du patient devait y être la règle. Il fallait développer au maximum les réseaux de soins dans la communauté et permettre ainsi le traitement des patients en ambulatoire, dans leur milieu naturel. Si le milieu naturel ne convenait pas, il fallait pouvoir proposer à la personne un autre milieu dans la société qui lui convenait mieux. A l'époque de « *tous les possibles* », nous avons donc imaginé créer ce réseau d'accueil dans la société.

On pourrait croire, en regardant le paysage des soins en psychiatrie en 2006, que bon nombre de nos revendications de l'époque ont été entendues. Les durées de séjour des patients psychiatriques hospitalisés se sont fortement réduites. Nos gouvernants mettent l'accent sur la nécessité de développer les soins en ambulatoire, qu'il s'agisse des soins dispensés dans des Centres de Santé Mentale, ou des soins à domicile. Ces modifications ne semblent malheureusement pas être la conséquence d'une vision positivement innovatrice et créatrice quant à la prise en charge des malades mentaux, mais plutôt le résultat d'une soi-disant « nécessité » de réaliser d'importantes économies dans le budget de la sécurité sociale. Rappelons à ce sujet que le budget de la sécurité sociale, comme tous les autres budgets, se fixe arbitrairement. La part du budget que l'Etat désire consacrer à ses systèmes de soins dépend d'une décision politique et, s'il y a lieu de faire des économies dans le budget des soins de santé, c'est d'abord parce que le gouvernement a décidé de ne lui consacrer que telle ou telle partie de son budget global.

La question des économies réalisées en soins de santé s'est posée dès le milieu des années 80 – avec acuité à la fin des années 80 – et elle a, pour la psychiatrie, amené le Ministre de la santé de l'époque, Philippe Busquin, à édicter une série d'arrêtés ministériels afin de réaliser une économie d'un milliard de francs belges. Ces arrêtés auxquels on a donné pompeusement et erronément le nom d'« alternatives » visaient, hormis la création d'une plate-forme de concertation en santé mentale, la mise en place d'*hospitalisations* à moindre coût pour la sécurité sociale : d'une part, les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), d'autre part les initiatives d'Habitations Protégées (iHP). Ces deux pseudo-alternatives étaient – et sont toujours – destinées à accueillir ce que la psychiatrie appelle ses « *chroniques* », c'est-à-dire ces patients pour lesquels il ne reste que peu d'espoir dit « *thérapeutique* ». Tant dans les MSP que dans les initiatives HP, il s'agissait en fait de faire payer l'hôtellerie aux patients eux-mêmes en diminuant de surcroît le coût en personnel, puisque celui-ci n'était plus censé guérir les inguérissables mais pouvait se limiter à en prendre soin. Un des problèmes, et ce n'est vraiment pas le seul, c'est que ces fameux chroniques vivent la plupart du temps d'une pension d'handicapé. Une fois déduit le prix de séjour en MSP ou la location de l'espace en HP, il ne reste bien souvent plus de quoi vivre dignement. Bon nombre de personnes qui séjournent là dépendent d'un CPAS (Centre Public d'Action Sociale) qui supplée pour eux et leur alloue entre 50 et 100 euros par mois comme argent de poche. Que ceux parmi vous qui fument fassent un rapide calcul pour voir ce qui reste aux fumeurs en MSP ou en HP, au-delà de leur tabac, pour s'offrir une chemise ou un café. Les MSP ressemblent donc comme deux gouttes d'eau, dans leurs principes, à l'asile de nos ancêtres, mais en plus petit ! Dans la plupart des initiatives d'habitations protégées, petites structures hébergeant entre 4 et 10 personnes, il ne s'agit pas tellement d'aider la personne à retrouver les forces vives en elle qui lui permettraient de garder la tête au-dessus de l'eau mais bien plus de l'obliger à structurer sa journée dans l'espoir relativement vain de faire émerger un *désir* à partir de cette structuration imposée.

Comme nous le disions déjà, si les hospitalisations sont plus courtes, ce n'est pas non plus parce que la psychiatrie a réalisé l'importance qu'il y aurait à traiter les gens dans leur milieu naturel mais bien plus pour éviter des déficits en soins de santé. Ce phénomène se retrouve d'ailleurs dans toutes les branches de la médecine : partout les durées de séjour se sont raccourcies. Grâce à l'apparition des managers en médecine et à l'existence du résumé clinique minimum – dont le petit frère s'appelle résumé psychiatrique minimum –, on organise une saine compétition entre les divers services hospitaliers... Ce qui permet de constater qu'à l'hôpital X, on traite un délire aigu chez un schizophrène paranoïde en dix jours alors que ces « imbéciles » de l'hôpital Y le gardent quatre semaines. Cette vision managériale de la médecine, à laquelle bon nombre de soignants n'adhèrent pas personnellement, ce qui ne les empêche pas d'être obligés d'obtempérer, signifie en psychiatrie que le patient, en tant que personne, n'est plus du tout au centre des soins, mais que c'est à sa pathologie de répondre, dans le temps imposé, aux programmes de traitements prévus pour elle. Nous sommes donc loin du compte en 2006 au regard des espoirs d'antan ! Mais, naturellement, l'essor économique des golden sixties est derrière nous, surtout pour ce qui est de la distribution de ses dividendes ! Si certains s'enrichissent scandaleusement, cela n'est pas le lot de tous, et les élans de la solidarité sociale s'en ressentent. Les plus démunis font les frais des fermetures de robinets et, parmi eux, il est incontestable que l'on retrouve les malades mentaux. Sans pourtant vouloir revenir « *au bon temps de l'asile* » – d'ailleurs celui-ci existe toujours –, osons voir et constater qu'avec une pension d'handicapé ou avec un revenu minimum d'insertion, il est simplement impossible de vivre, d'autant moins lorsqu'on n'est pas au top de sa forme. Osons voir également que le durcissement des positions sociales n'améliore pas le fragile équilibre mental que la plupart d'entre nous essaient de sauvegarder. Osons voir, en un mot, que ce néo-capitalisme auquel nous nous soumettons n'apporte que du malheur au plus grand nombre. Osons voir finalement que si Michel Foucault, que nous pourrions qualifier de visionnaire, parlait déjà de biopolitique dans les années 80, aujourd'hui, pour bon nombre d'entre nous et pour faire allusion à Michael Hardt et Toni Negri, *l'Empire* tisse une toile sans faille dans laquelle soignants et soignés sont appelés à vivre un enfermement de plus en plus redoutable. Par souci d'honnêteté, je me dois de rajouter que je n'ai aucune recette toute faite à vous proposer pour sortir de cet enfermement. Nous pouvons espérer que des journées comme celle-ci nous permettront d'améliorer l'arsenal de nos résistances, car résister semble actuellement le seul mot d'ordre valable.



Charles Burquel

Comment reprendre certains éléments du discours de Micheline Roelandt et présenter certaines questions qui se posent aujourd'hui en santé mentale ? C'est sûr qu'il y a en apparence de grands changements mais des questions majeures persistent. Par exemple, s'il y a eu toute cette transformation de structures de soin, au sein de celles-ci, des problèmes liés à la chronification sont présents. Il y a une difficulté à considérer les troubles psychiques chroniques sans évolution possible mais on peut les voir aussi comme des pathologies à évolution lente. De plus, la chronification est aussi liée à nos institutions et à nos structures de soins ; c'est ce qu'on appelle l'aliénation sociale. Cette aliénation sociale est en relation avec le contexte de vie et de soins. Elle a pour conséquence une forme de sédimentation due à ces internements sans soins psychiques. Notons que cela se passe aussi en ambulatoire : on peut parfois parler d'*externement*.

Comment repérer ce qui fait soin, une notion plus large que simplement « *donner du soin* » ? Déjà, dans le « *donner du soin* », il y a beaucoup de questions, entre autres celle liée à une certaine forme de professionnalisation dans le domaine de la santé mentale. En effet, il n'y a jamais eu autant de psychologues et d'aidants de toutes sortes ; il y a même de nouvelles professionnalités qui se créent. De nombreux tiers aidants remplacent les tiers familiaux. D'un côté, c'est intéressant

mais de l'autre, cela empêche qu'émerge quelque chose qui fait soin pour quelqu'un, quelque chose auquel tient l'Autre « lieu », qui se fait en lien avec le tissu social et le contexte de vie. Le danger des intervenants qui viennent, c'est qu'ils peuvent être aidants et prendre n'importe quel « acte » de résistance ou de mouvement positif d'une personne pour en faire quelque chose, mais qu'ils désapproprient trop souvent la personne de cet élan. L'Autre « lieu », en étant un peu décentré par rapport à ces questions, en n'étant pas qu'un lieu de professionnels de la santé mais de citoyens de tous types de professions qui suscitent des débats comme ceux de cette journée, permet que l'on tienne compte de ces éléments-là. Ils font plus soin que toutes nos institutions de soins mises en place avec, à travers elles, une série de caractéristiques qui empêchent peut-être de permettre à quelqu'un, dans sa singularité, dans sa manière d'être, de se constituer – et d'avoir recours à d'autres dans des moments difficiles.

C'est dans ce contexte-là que l'on va essayer de se poser des questions comme celle de la notion d'« usager ». Soignants et soignés, nous sommes tous usagers de la santé mentale. Et puis nous pouvons tous devenir à un moment donné soigné ou soignant, ce qui permet d'envisager les questions de santé mentale sous son angle citoyen, de parler des lieux de soins où l'on soigne et des lieux de vie où l'on vit.

Les contextes de vie dans lesquels les personnes se trouvent amènent des symptomatologies vues actuellement trop rapidement comme étant liées à une forme de souffrance psychique – et donc à de l'aliénation mentale, c'est-à-dire à une notion de trouble psychique – alors que bien souvent elles sont liées au contexte social dans lequel la personne se trouve. C'est plutôt quelque chose de l'ordre de l'aliénation sociale qui est en jeu. Ces questions devraient être abordées autrement, en tenant compte de l'aspect contextuel.

Donc je suis à la fois d'accord avec Micheline Roelandt sur le fait que de grosses questions subsistent sans être forcément traitées, et à la fois ... lorsqu'on a pu faire quelques rencontres avec des équipes soignantes, on voit que ces équipes perçoivent dans le travail qu'elles font ces questions autour de « veiller à *contextualiser* », et aussi la nécessité d'une continuité de « *présence* », une façon d'être là et de rester présent pour la personne sans prétendre vouloir gérer tout ce qui lui arrive. La nécessité existe d'un rapport différent à la temporalité. Il faut tenir compte du fait que les choses se créent dans le futur en rapport au passé. Même si ce n'est pas ce qui est programmé par le Ministère, cette façon qu'ont les équipes de mettre en place des choses de cet ordre-là, est devenue très fréquente. On ne sait pas toujours quoi faire avec les questions sous-tendues par la culture dominante – le système cognitivo-comportementaliste, biomédical, managérial. Mais c'est cette forme de pratique qui fait résistance, et cela nous réjouit lorsque nous voyons qu'il y a autant de personnes soucieuses de ces enjeux qui sont là aujourd'hui pour réfléchir avec nous. J'espère que l'on pourra prolonger notre réflexion dans les années à venir. Je cède maintenant la parole à Yves-Luc Conreur.



Yves-Luc Conreur, co-fondateur et animateur culturel à l'Autre « lieu »

Bonjour. C'est vrai que l'on est né dans le contexte du bouillon de cultures de l'antipsychiatrie... Rappelons que ce mot a été inventé par David Cooper. Après son livre « *Psychiatry and Antipsychiatry* », il a regretté d'avoir utilisé ce mot qui a prêté à confusion. Il a parlé alors de « non psychiatrie » : « *comment aider la population à créer elle-même ses propres réseaux d'aide et de soins* ». C'était aussi la question de l'émancipation. Donc, ce mot « antipsychiatrie » a été très vite remis en question. Je pense au livre de Giovanni Jervis, « *Le mythe de l'antipsychiatrie* », je pense au livre de Michel Le-grand qui a parlé des expériences en Italie comme celles d'une « psychiatrie alternative » qui n'était ni l'alternative à la

psychiatrie ni l'antipsychiatrie... On aurait pu intituler le colloque : « *D'une société sans asile à un asile sans société* ». « *Une société sans asile* », c'était le slogan des années septante : abattre les murs, faire en sorte que les gens reviennent dans la Cité. Patrick Coupechoux nous dira des choses sur les conditions de ce retour dans la Cité et sur le traitement social de la folie. On en arrive peut-être maintenant – je pense à Charles Burquel qui souligne la multiplication d'aidants ou de nouveaux professionnels de la santé mentale – à un grand asile sans société finalement, avec cette culture de la médicalisation, de la « santementalisation » des difficultés de vie, sans parler du lien appuyé de causalité entre trouble mental et dangerosité. Comment les intervenants, qui ont le souci de travailler dans la communauté et de penser à une psychiatrie du lien social, peuvent-ils faire dans une société où la question des subjectivités et des appartenances des personnes sont mises à mal ? Le colloque se veut articuler « psychiatrie », « mondialisation néo-libérale » et « biopolitique ». Les invités vont développer ce sujet-là, et on comprendra pourquoi il était important de lier ces trois concepts. On les retrouvera aussi mêlés dans les ateliers avec, par exemple, la question du travail, de ce qui se passe dans une société où on est obligé de tenir le coup à n'importe quel prix, d'être performant, de suivre des rythmes impossibles. Comment les aidants peuvent-ils faire face à ce monde qui maltraite les individus ?

L'idée n'est pas d'avoir un colloque complètement dépressif mais de réfléchir sur des prises, des créations, des innovations. Si on rationalise nos subjectivités, comment avancer par une subjectivation créatrice ? On peut trouver des petites stratégies intelligentes pour modifier la souffrance des gens, pas seulement pour soigner des comportements ou des symptômes, mais pour s'approcher différemment de la différence, de la folie, et faire (re)vivre vraiment entre nous les subjectivités malmenées.

Autre question : est-ce que le savoir de la psychiatrie extrahospitalière ou de la santé mentale en ambulatoire diffère fondamentalement du savoir qui s'est construit dans les murs ? Est-ce que c'est parce qu'il n'y a plus de murs, ou moins de murs, que la façon dont on aborde la souffrance des gens a fondamentalement changé ? N'y a-t-il pas une même logique, celle d'une épistémologie psychiatrique objectivante, diffuse et capillaire, qui sous-tend les interventions à l'extérieur plutôt qu'une transformation réelle, dans le travail en ambulatoire, de l'approche de la souffrance des personnes ?



Charles Burquel

J'ai beaucoup de plaisir à vous présenter nos orateurs : d'abord Mario Colucci, qui est psychiatre et psychanalyste. Il fait partie du département de santé mentale de Trieste et est également co-auteur du livre « Franco Basaglia : portrait d'un psychiatre intempestif ». Il vient de Bari comme Pierangelo Di Vittorio. C'est comme cela qu'ils se connaissent. Ils ont eu l'occasion de travailler ensemble à Trieste. Pierangelo Di Vittorio a travaillé là-bas comme éducateur sur un projet en santé mentale, un projet d'appartements. Il est philosophe et, à ce titre, a participé à retravailler des termes qu'on utilisait, que Basaglia utilisait il y a plusieurs années, pour les repenser, parce qu'il y a souvent des dérives dans les mots et les significations. Parfois, 200 personnes participaient à ce *retravail* sur certains termes. A partir de là, ils ont fait ce livre que l'on vous conseille. Ils se disent « militants »... Ils ont un peu fait dériver ce mot et parlent de « *mili/tendresse* ». Je trouvais ça très amusant : ils sont donc des « *militendres* ». Le titre de leur présentation, c'est « *Qu'est-ce que la psychiatrie à l'époque de la mondialisation néo-libérale et de la biopolitique ?* ».



Pierangelo Di Vittorio

D'abord, merci aux organisateurs et à vous qui participez à cette journée. Il me semble qu'il y a une question sous-jacente à celle proposée dans le titre de cette matinée, « *qu'est-ce que la psychiatrie et la santé mentale à l'époque de la mondialisation néo-libérale et de la biopolitique ?* ». C'est la question du passage et de l'articulation entre psychiatrie et santé mentale. Bien évidemment, c'est quelque chose d'énorme d'analyser cette superposition car il faudrait considérer tout le processus qui va d'après la révolution française et la naissance de l'aliénisme jusqu'à aujourd'hui. Psychiatrie / santé mentale : d'un côté, une technologie des individus qui passe par une thérapeutique – la référence à l'aliénisme est nécessaire – et de l'autre, la santé mentale comme une technologie des populations qui ne passe pas nécessairement par une thérapeutique. Là, il faudrait faire référence à ce tournant décisif qu'a été la théorie de la dégénérescence où, finalement, la psychiatrie s'est découvert d'étranges pouvoirs qui consistent à n'être pas obligée de guérir les gens ; une psychiatrie qui s'est affirmée comme une technologie des masses, comme une protection de la société contre tous les éléments d'anormalité qui menacent le corps social. Il s'agit effectivement d'un travail énorme, qui déborde largement nos possibilités. Mais on peut commencer à analyser ce passage, cette articulation, cette superposition entre psychiatrie / technologie des individus et santé mentale / technologie des populations. Surtout parce qu'on plonge dans la deuxième sans avoir encore acquis la nécessaire distance critique. En effet, si l'on peut dire qu'on a acquis, au cours des années 60 et 70, la possibilité d'une alternative à la psychiatrie, peut-on dire qu'on a atteint quelque chose comme une alternative à la santé mentale ou une santé mentale alternative ? C'est ça la question. C'est l'enjeu majeur qui à la fois nous oblige d'être là avec toutes nos ressources analytiques, mais aussi de savoir que ce n'est pas un travail facile. Il est vrai qu'on est complètement à l'intérieur de cette histoire qu'on essaye d'analyser ! Mais bon, là c'est une déclaration d'ouverture un peu pessimiste...

Je voudrais alors vous proposer de commencer à tisser des perspectives. La première perspective est la suivante : aujourd'hui, il faudrait penser cette histoire, l'histoire de la psychiatrie et de la santé mentale, comme une histoire du « *management* » de la folie, puis de la maladie mentale, puis de la santé mentale. L'objet de ce management s'est transformé tout au long de cette histoire, mais je voudrais focaliser l'attention sur cette question précise du management. Pourquoi dis-je « *management* » ? En français, c'est « *gestion* », les managers sont des gestionnaires. Je vais utiliser à la fois les termes anglais et français, mais je veux garder le terme anglais parce qu'on parle de libéralisme et que, de ce point de vue, la langue maternelle du néo-libéralisme est l'anglais. Pourquoi dis-je que l'histoire qui nous intéresse pourrait être abordée comme une histoire du management ? Parce que le management, si on commence à travailler ce terme, c'est le gouvernement des hommes. Michel Foucault n'est pas loin : on peut s'appuyer sur tous ses travaux sur la gouvernementalité. Cet art de conduire les hommes n'est pas né à l'âge moderne, il remonte à la pastorale chrétienne mais à un moment donné, il y a eu un processus de sécularisation, cet art de conduire les hommes s'est laïcisé. A partir du 15^{ème} siècle, on verra, à tous les niveaux, une extension de l'art de gouverner les hommes dans la société civile. Se pose le problème de comment gouverner les enfants, comment gouverner les pauvres, comment gouverner une maison et une famille, comment gouverner les armées, les différents groupes qui forment une société, les villes, les états et, très important, comment se gouverner soi-même. Donc, la modernité n'est pas la fin de cette idée, grandie dans le cadre religieux du catholicisme et selon laquelle il y a un guide et une technologie pour guider les hommes. Il y a au contraire un éclatement, une multiplication de cet art de gouverner les hommes et on va réellement avoir affaire à des managers à partir du 15^{ème} siècle.

Parmi les managers les plus importants qui apparaissent à l'âge moderne, il y a ceux qui ont la tâche de gouverner la

folie. Là, il faut se référer à l'analyse développée par Robert Castel dans « L'Ordre psychiatrique ». Le grand défi posé par la folie à l'Etat libéral et bourgeois, c'est comment gérer de manière libérale, dans le cadre du Droit, la question de la folie ? Les fous ne sont pas responsables de leurs actes, mais ils représentent quand même un danger pour la société. Que faire ? Là, vous voyez qu'il y a un problème plus spécifique au sein de la gestion de la folie : c'est la question de gérer cet élément de « violence » qui semble être *conaturé* à la folie. Donc, le problème de « comment conduire les fous », c'est finalement le problème de comment gérer la dangerosité et la violence de la folie qui perturbent l'ordre, la paix, le bien-être de la société. Il ne faudrait pas oublier que les aliénistes furent aussi les principaux propulseurs de l'hygiénisme en France. C'étaient des thérapeutes, des médecins, mais aussi des hygiénistes. L'hygiénisme en France est né dans le même cadre que l'aliénisme, c'est-à-dire d'une attitude thérapeutique par rapport à la folie. L'histoire des dispositifs de sécurité de l'hôpital psychiatrique jusqu'à la santé mentale territoriale est donc très importante pour analyser, en général, comment nos sociétés ont abordé le problème de la gestion des hommes par la gestion de leur violence. L'analyse de la psychiatrie / santé mentale, envisagée comme technologie de gouvernement des hommes, nous permet de voir quelle a été depuis toujours l'importance, à l'intérieur de cette technologie, de la manière de gérer la violence, la dangerosité, l'agressivité. Cette question est au coeur de toute démarche de gestion rationnelle de nos sociétés. Je pense que ça, c'est assez évident. L'enjeu, dans tout art de conduire les hommes, dans tout management politique, c'est de donner une réponse à toute éventualité de violence ou de conflit. La violence est une préoccupation centrale dans la rationalité de gouvernement des hommes. Si vous voulez, c'est un peu le test majeur par lequel on va vérifier la tenue de cette rationalité. Je crois qu'aujourd'hui, nous avons tous les jours la démonstration de l'importance de cette épreuve dans le jugement de l'efficacité d'un gouvernement.

Tout à l'heure, j'ai cité Michel Foucault. A un moment donné, peut-être a-t-il été fatigué d'être massacré soit par les philosophes soit par les historiens, parce qu'il n'était finalement nulle part entre les deux ; il avait inventé un délire analytique tout à fait particulier... mais il a sans doute été fatigué et a déclaré qu'il n'avait jamais voulu faire l'histoire vraie... « *mes enquêtes sont des fictions* ». Des fictions qui essayaient de produire des effets politiques dans le présent. Donc, j'ai repris cette idée d'une histoire-fiction, mais comme on n'a ni la possibilité ni les moyens de faire une opération à la Foucault, je vais utiliser, pour commencer à considérer la question du passage de la psychiatrie à la santé mentale, de « vraies » fictions : je vais vous parler d'un film qui décrit à mon avis très bien l'expérience de Basaglia, une expérience importante de ce qu'a été l'alternative à la psychiatrie. Ensuite, je vous parlerai d'un roman de James Graham Ballard, un bel exemple de ce qui pourrait être une gestion biopolitique des hommes.

« Le reptile » – Le manager maladroit

Quel est ce film que je vous propose afin d'entrer un peu dans l'expérience de Basaglia ? Son titre original, c'est « There Was a Crooked Man » (USA 1970 ; titre français : « Le reptile »), du réalisateur Joseph Mankiewicz. Ce film a toute l'apparence et le contexte classique d'un western mais, en le regardant, toute de suite je me suis rendu compte que ça ressemblait beaucoup à l'histoire de Basaglia, notamment à son arrivée à Gorizia comme directeur de l'hôpital psychiatrique. Bref, ce film raconte le processus de réforme d'une institution totalitaire. La seule différence est qu'il s'agit d'une prison plutôt que d'un asile – mais comme disait Basaglia, les asiles italiens « puaien la merde » comme les prisons. C'est donc l'histoire d'un shérif (joué par Henry Fonda) qui accepte d'être le directeur d'une prison difficile, et d'un voyou (joué par Kirk Douglas) qui ne pense qu'à s'évader et qui exerce un pouvoir charismatique sur les autres détenus. Le nouveau directeur arrive dans cette prison, une décharge humaine en plein désert, et ça fait penser à l'exil de Basaglia qui quitte l'Université

pour se plonger dans la désolation de l'hôpital de Gorizia, ville à l'extrême frontière avec la Yougoslavie. Henry Fonda arrive armé d'un esprit réformateur, il est vraiment nourri d'idées humanistes et philanthropes. La prison a connu la violence, des émeutes graves avec plusieurs morts et lui, le shérif, il arrive avec un projet de réforme de l'institution. Il est appelé parce que cette prison pose non seulement un problème ordinaire de gestion des détenus, mais aussi un problème spécifique de gestion de leur violence explosive. En arrivant, la première chose que dit Henry Fonda en tant que directeur de l'établissement pénitentiaire, c'est : « *écoutez, il faut arrêter avec les travaux forcés. Ce ne sont pas des bêtes, ce sont des hommes !* ». Vous voyez l'approche humaniste, identique à celle de Basaglia : le premier geste est de reconnaître l'interné comme faisant partie de l'espèce humaine.

Ensuite, le directeur commence à faire un travail de libéralisation de la prison, à exploiter les ressources des prisonniers. Il les fait collaborer à la gestion – vous voyez le manager –, tout ça pour réduire cet élément de violence qui se voyait par contre augmenté par une gestion répressive. C'est la technologie que va utiliser Basaglia à Gorizia : humanisation puis utilisation de la communauté thérapeutique – expérimentée en Angleterre par Maxwell Jones – pour gérer d'une manière différente l'asile psychiatrique. Communauté thérapeutique, ça veut dire qu'il n'y a plus de contention, qu'on ouvre les portes des services, qu'il y a plus de liberté et plus de démocratie, et surtout qu'il y a une attitude de « tolérance » par rapport aux manifestations agressives des internés. Mais c'est ici qu'intervient la bifurcation fondamentale entre le directeur dans le film et Basaglia, le tournant où ils commencent à ne plus se ressembler : en effet, Basaglia va jouer au manager « *maladroit* ». Pourquoi dis-je cela ? Parce que Basaglia va comprendre que la communauté thérapeutique ne met pas au centre le sujet mais encore et toujours l'institution et qu'elle est seulement une manière plus efficace, plus rationnelle de conduire les malades mentaux à l'intérieur de l'asile ! L'invention de la communauté thérapeutique, c'est de gérer la violence par la tolérance. Ça, c'est le vrai « *scandale* » pour Basaglia : soudain il comprend qu'il est en train de faire autre chose qu'un parcours d'émancipation avec les malades. Il se rend compte qu'il est en train de faire l'*executive manager*, le bon manager ! Là, une bombe éclate ! Mais il faut dire que Basaglia avait déjà commencé à faire comme des actes manqués et que la bombe, si vous voulez, était déjà amorcée par des petites maladresses dans sa gestion communautaire de l'asile. Quand il a mis en place la communauté thérapeutique à Gorizia, il a fait plein de fautes du point de vue de la rationalité managériale. C'est pour cela que je l'appelle un manager maladroit. Il n'y a en effet que deux possibilités : ou bien on est des managers maladroits, ou bien on est des managers performants, brillants, des managers parfaits. Donc, quelles sont les fautes que commet Basaglia ? Plutôt que de faire marcher cette sublime machine démocratique qu'est la communauté thérapeutique en isolant si nécessaire les patients les plus agressifs – parce que c'est bien comme ça que fonctionne la communauté thérapeutique : le psychiatre fait semblant d'être comme les autres, mais lorsqu'il y a une crise son autorité latente resurgit pour remettre les emmerdeurs à leur place –, Basaglia investit sur les plus agressifs. Le premier noyau de la communauté thérapeutique à Gorizia, c'est dans le rempart des *agités*, c'est-à-dire là où il y a les malades les plus agressifs. Basaglia pense qu'il y a encore de la « *subjectivité* » chez les plus agressifs et il se pose à l'écoute de leur délire singulier – ce qui constitue une faute admirable par rapport à la leçon principale de l'aliénisme – et, en même temps, il se pose à l'écoute du contenu politique inscrit dans ce délire : les internés demandent le droit à avoir des droits. Autrement dit, l'acte manqué de Basaglia, c'est aussi un usage politique de l'agressivité des patients. La parole du patient est libérée, les internés vont commencer à parler ! Et ça, c'est le suicide scientifique et managérial de Basaglia. Dès que les internés prennent la parole, Basaglia devient quelque chose comme le « *suicidé des internés* » – je pense au livre d'Artaud sur Van Gogh. Parce que quand les internés vont commencer à parler, ils vont lui dire : « *écoutez, monsieur le direc-*

teur, vous pouvez nous faire l'hôpital en or, nous resterons à jamais des ennemis, vous êtes le bien-portant et nous sommes les malades ». Cette démarche faite d'actes manqués, de maladresses, etc. a donné un pouvoir à la parole des usagers qui ont commencé à dicter à Basaglia la stratégie et le style politique du processus de réforme. Il ne suffit pas de moderniser l'hôpital psychiatrique ; cette modernisation ne va pas entamer la distinction radicale entre « être bien portant » et « être malade » et tout le dispositif d'exception qui repose sur ce partage et sur l'équation entre maladie mentale et dangerosité. La réforme doit être radicale, elle doit passer par l'abolition des asiles.

Basaglia est un manager maladroit qui a fait un travail de réforme de la psychiatrie asilaire disciplinaire, mais un travail de réforme de type radical et non réformiste ! Le processus de réforme de Basaglia a pris le chemin inverse de celui réalisé par le directeur de la prison dans le film de Mankiewicz. Le plus important, c'est de gérer rationnellement les hommes. Mais Basaglia prend un autre chemin. Donc, on peut toujours être dans un processus de réforme et prendre un chemin non réformiste, c'est-à-dire s'ouvrir par des actes manqués à l'appel politique qui vient d'en bas !

« Super-Cannes » – Le manager parfait

Après l'histoire du manager maladroit, passons maintenant à l'histoire du parfait manager biopolitique et néo-libéral racontée par James Graham Ballard. On connaît Ballard parce qu'il a écrit des romans comme « L'empire du soleil » et « Crash » dont Steven Spielberg et David Cronenberg ont tiré des films. C'est un écrivain visionnaire. Alors voilà la situation décrite dans ce roman qui s'appelle « Super-Cannes » : il y a un système technologique et économique, comme une Silicon Valley européenne, où vivent et travaillent les *executive managers* des plus importantes multinationales. A un moment donné, un psychiatre constate que ces gens ne vont pas bien : les managers souffrent d'étranges fièvres, ils dépriment, ils ont des allergies, etc. Le problème de santé dont souffre cette population va le pousser à trouver une solution. Il devient le manager des managers, un super-manager ! Que va-t-il faire ? Il se rend compte qu'il y a un gros problème, que les managers ne peuvent pas travailler comme ils le devraient et que, pour réveiller ces gens, il va devoir mettre en place un programme de santé qui consiste à leur prescrire de petits dosages de folie quotidienne. Le programme consiste dans l'incitation à la création et à l'organisation de cellules secrètes dans lesquelles les managers cultivent des idées fascistes. Concrètement, après le travail, ils tabassent les immigrés, commettent des vols, gèrent un réseau de pédophilie, etc. Donc ce psychiatre se rend compte que la seule manière de guérir cette population de managers de leur profond malaise, c'est de remettre dans leur vie un peu de violence et un peu de sensation. Vous voyez, il s'agit là d'un programme peut-être délirant mais fondé encore une fois sur un usage politique de la violence, de la même manière que Basaglia utilisait politiquement l'agressivité des internés... Le psychiatre de Ballard va prescrire de petites doses de violence quotidienne à ces managers en détresse. Et ça marche ! Ils vont mieux, n'ont plus de dépression, ni de fièvre, ni d'allergie. Ils travaillent mieux et les multinationales sont contentes ! Ballard est intéressant parce qu'il arrive à montrer le *continuum* qui existe entre médecine, économie et politique, la circularité qui existe entre management médico-politique (biopolitique) et management économique-politique (néo-libéralisme).

Si on a là des éléments qui peuvent nous aider à réfléchir, il s'agit surtout d'y apercevoir un paysage avec deux ciels : un ciel de réforme de la psychiatrie avec un manager maladroit et imparfait, et un ciel de gestion des populations avec un manager performant très dangereux, un psychiatre qui joue à faire le super-manager. Je soulignerai aussi, et c'est là la grande contradiction, qu'il se tisse des relations spéculaires entre les deux ciels. Dans les deux cas, il y a finalement un seul problème central concernant le gouvernement des hommes : c'est la gestion de la violence. Dans les deux cas, ce

sont des cadres qui se rendent compte qu'il y a la possibilité, peut-être la nécessité, d'un usage politique de la violence ou de l'agressivité. Cela dit, on a deux types tout à fait différents de « révolution ». Basaglia, c'est l'usage de la force insurrectionnelle des internés. C'est donc l'exemple d'une révolution antifasciste, émancipatrice, celle qui libère, celle qui va vers la conquête de nouveaux droits pour ceux qui sortent de l'enfer. Puis, de l'autre côté, on a la révolution conservatrice, avec des managers performants qui réveillent les gens par un usage, par une « culture » fasciste de la violence.



Mario Colucci

Bonjour. Je remercie les organisateurs pour l'invitation et aussi pour le choix des thèmes de la journée. J'ai essayé de travailler sur le thème « *Franco Basaglia et la biopolitique* ». Il faut d'abord dire que Basaglia n'utilisait jamais le terme de « *biopolitique* ». Mais il y a des repères dans ses oeuvres, des passages où on peut lire et comprendre ce qu'est son souci par rapport à la biopolitique. J'ai choisi, pour parler de Basaglia et de biopolitique, le moment qui nous permet de bien comprendre ce qui constitue la nouveauté de Basaglia, à savoir le moment de la promulgation, en 1978, de la loi 180, qui règle en Italie aujourd'hui encore les traitements en santé mentale. On pourrait utiliser la loi, le passage à travers la loi, et dire quelle a été la réflexion de Basaglia après sa promulgation. On peut dire que Basaglia avait déjà parlé de biopolitique à la fin des années 60, lorsqu'il fait un voyage aux Etats-Unis. Il va à New York, à l'hôpital Maimonide, et reste là-bas six mois. C'est en 1969, à la fin de l'expérience de Gorizia, une expérience qui ne s'est pas révélée capable de fermer l'asile. Basaglia est donc aux Etats-Unis et se prépare à de nouvelles expériences, à Parme puis à Trieste, au début des années 70, lorsqu'il commence à démanteler l'hôpital psychiatrique.

Lorsqu'il arrive aux Etats-Unis, Basaglia se rend compte de l'existence d'une situation psychiatrique moderne, avec la constitution des Community Mental Health Centers d'après la loi Kennedy. Il constate cependant que demeure encore une situation d'ancienne psychiatisation, d'asile, qui fonctionne selon une technique traditionnelle, mais que s'opère aussi une diffusion de la psychiatrie dans la communauté. Il s'agit en fait surtout de la diffusion d'un contrôle social des personnes atteintes de troubles mentaux et pas de leur prise en charge assortie d'une participation démocratique à la gestion de la santé. La première fois que Basaglia parle d'un dispositif biosécuritaire dans la communauté, c'est à propos d'un dispositif qui autorise de nouvelles formes de contrôle.

On peut parler de ce qui se passe au lendemain de la loi 180. Il y a un texte de Basaglia, « *Conférences au Brésil* », recueil des conférences qu'il va tenir au Brésil en 1979. Il ira trois fois au Brésil : à Rio de Janeiro, à Sao Paulo, et à Belhorizont. Il découvrira des réalités émouvantes et pénibles, de très grands hôpitaux psychiatriques. A Sao Paulo, il visite un hôpital psychiatrique dans lequel il y a un nombre impressionnant de personnes, 18.000, vivant dans des conditions qu'il trouve terribles. Quand Basaglia arrive au Brésil, il pourrait parler des succès de la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie, il pourrait jouer le rôle du vainqueur... Mais il ne fait pas ça ! Surtout quand les gens lui demandent de leur donner un modèle technique de fermeture des hôpitaux psychiatriques : « *comment avez-vous fait pour fermer les hôpitaux psychiatriques en Italie ?* ». A cette question, Basaglia répond qu'il n'y a pas de modèle italien. Si modèle il y a, il est brésilien ! Il faut trouver le modèle dans les pratiques quotidiennes de la psychiatrie. Basaglia veut en fait surtout redonner aux Brésiliens la force de l'événement : l'événement qui a changé l'histoire de la psychiatrie en Italie, l'événement de la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Ça, c'est l'un des deux côtés de la loi 180.

En effet, dans la loi 180, on trouve deux choses tout à fait importantes. D'une part, l'abolition des asiles – on pourrait par-

ler beaucoup de cela mais, à mon avis, ce n'est pas très intéressant dans le cadre de la journée d'aujourd'hui. D'autre part, la disparition du terme « dangerosité ». L'événement de la fermeture des hôpitaux, c'est la fin de l'institution, de l'asile, mais c'est aussi la mise en crise d'un savoir psychiatrique traditionnel lié à l'institution.

La suspension phénoménologique de la maladie mentale - La clinique de la négociation infinie

Ça, c'est un travail que Basaglia avait commencé déjà dans son parcours universitaire, puis à Gorizia : la mise entre parenthèses, « *l'épochè* » (la suspension) phénoménologique de la maladie mentale. Sans la nier pour autant, il est important de mettre la maladie mentale entre parenthèses, c'est-à-dire de remettre aussi en question le savoir qui lui est lié, à certains moments, dans certaines périodes. La suspension phénoménologique est la seule façon de parvenir à la réalité quotidienne de la maladie. Il y a donc cette importance de mettre entre parenthèses le savoir scientifique quand il a seulement une fonction normalisatrice. Ça, c'est la tâche biopolitique de Basaglia.

Basaglia a commencé à travailler sur la psychiatrie. Il a bien compris qu'elle est une discipline spéciale qui travaille dans des lieux spéciaux d'exercice, c'est-à-dire qu'elle a un statut d'exception. Exception de quoi ? Du Droit, de la possibilité pour des personnes d'être reconnues comme « *citoyens* » à plein titre ! C'est pour cela que Basaglia a dit qu'il voulait travailler sur l'agressivité, sur l'objet principal d'une psychiatrie traditionnelle. Pourquoi ? Parce que l'agressivité fait de la personne un objet médical, un objet psychiatrique, la privant de sa condition de citoyen. La personne entre dans un statut spécial car toutes les lois psychiatriques sont des lois d'exception. Avant la loi 180, il y avait la loi 36 de 1904 qui était une loi pareille à la loi française de 1838, une loi où le seul objet de la loi est la dangerosité : quand une personne est dangereuse pour elle-même ou pour les autres, ou compromet l'ordre public, elle doit être internée. C'était le principe de la loi, qui transformait la souffrance en un objet naturel, scientifique et posait comme condition a priori, comme principe de base, la normalisation de la personne en tant que malade. Ce que Basaglia n'accepte pas, c'est la dépolitisation de la psychiatrie à travers un processus de normalisation scientifique de la souffrance et de la condition de vie de la personne. Comment pouvons-nous aujourd'hui redonner à la psychiatrie sa tâche politique ? La loi faisait du préjugé de dangerosité un principe normatif. Basaglia refuse cela. Il voulait retourner à une condition dans laquelle l'individu pouvait être reconnu comme « *citoyen* » ; un citoyen qui ne serait pas l'objet d'un savoir scientifique, ni d'un lieu particulier.

La loi 180 émerge à une époque où la situation italienne risque d'être plus facile et plus difficile en même temps. Basaglia est très content de la loi, mais en même temps il est critique. C'est une attitude intéressante... C'est pour cela que lorsqu'il arrivera au Brésil, il ne jouera pas au vainqueur et mettra en garde contre les éléments pervers : « *dans la loi il peut y avoir encore des choses qui vont éloigner la psychiatrie de son côté politique, de la participation des gens à la gestion de la santé* ». Selon lui, la nouvelle loi va pouvoir rendre le droit de citoyenneté à la personne, mais aussi risquer de médicaliser la maladie mentale, lui attribuer un statut scientifiquement médical. Je vais vous lire une citation de Basaglia tirée des entretiens qu'il va donner au lendemain de la promulgation de la loi 180 : « *C'est une loi transitoire, faite pour éviter le référendum, et qui de ce fait n'est pas exempte de compromis politique. Attention donc aux euphories faciles. On ne doit pas croire que l'on a trouvé la panacée à tous les problèmes du malade mental, avec son insertion dans les hôpitaux traditionnels. La nouvelle loi cherche à assimiler la psychiatrie à la médecine, c'est-à-dire le comportement humain au corps. C'est comme si nous voulions mettre dans le même sac les champs et les bananes. Il s'ensuit donc que le dit malade mental n'est pas une personne qui souffre, une personne qui se trouve dans une situation de mal-être, mais précisément un malade. Cela est important, cette connotation de malade maintenue... Si cette connotation est maintenue, la personne qui*

souffre de troubles mentaux est enserrée dans le cadre positiviste de la médecine qui va assimiler le comportement de l'individu au corps de celui-ci. Donc le concept de maladie va se trouver rectifié d'une manière nouvelle, recyclée. Le trouble mental est en fin de compte médicalisé. Les asiles doivent disparaître et tout doit rentrer dans le vaste domaine de la médecine. Mais le problème est que l'on ne peut pas tout médicaliser ». Vous le voyez... la médicalisation est une préoccupation de Basaglia. Elle risque de donner à nouveau à la psychiatrie une démarche biopolitique, un statut scientifiquement médical, sécuritaire ; pas du côté, cette fois, d'une sorte de souveraineté disciplinaire de contrôle des corps, d'appropriation du contrôle des corps car la loi précédente avait exproprié les corps du malade dans les asiles mais du côté un peu plus subtil d'une médicalisation qui apparaît comme une invalidation assistée, médicalisée. Pour voir ses droits reconnus, il faut coller à son identité une étiquette de maladie. Pour être citoyen, il faut être malade : si on est malade, on est reconnu comme citoyen. Cela pose évidemment problème à Basaglia. Parce qu'il craint qu'il y aura une nouvelle maîtrise sur la personne. Surtout, on risquera de cacher à nouveau une fonction naturelle – attention au terme « *naturel* » – des intervenants psychiatriques, une fonction normalisatrice. Pour Basaglia, tous les intervenants en psychiatrie ont une fonction normalisatrice. Ce n'est pas ça le problème, mais il faut voir comment l'on est capable d'entrer dans une dialectique avec elle. La maladie est à la fois mise entre parenthèses et soignée. Bien sûr qu'il faut la mettre entre parenthèses, mais il faut la soigner aussi. L'acte thérapeutique est à la fois refusé et accompli. L'esprit nouveau de la loi 180 nous permet aujourd'hui de comprendre comment, à travers elle, il est possible aujourd'hui de parler d'une « *nouvelle clinique* » en Italie. Je parle de Trieste et de beaucoup d'endroits en Italie où une « *nouvelle clinique* » va naître grâce à l'esprit novateur de la loi. La nouvelle clinique, c'est une clinique qu'on pourrait définir comme une « *clinique de la négociation* ». De la négociation sans fin, de la négociation qui ne doit jamais être interrompue. Une clinique qui se pose toujours le problème de la maîtrise sur la personne comme un problème qui doit être toujours mis en dialogue, en discussion, en débat d'équipe, avec la personne... et surtout qui doit toujours être interrogée par la contestation, parfois agressive, de la personne, qui doit toujours être contestée par la participation d'autres figures de la citoyenneté, de la Cité. Donc une maîtrise qui est toujours objet de contestation à travers une négociation qui nous permet de voir à nouveau le sujet. Je m'arrête là, on pourra parler de la loi dans l'atelier si on trouve ça intéressant.



Charles Burquel

Merci de vos deux interventions qui abordent directement le sujet de ce congrès et des questions qui évidemment nous touchent directement. J'invite la salle à prendre la parole.



Un intervenant

Au bout de la négociation sans fin, si la personne n'est pas d'accord ?



Mario Colucci

Si j'ai bien compris votre question, vous dites : « *avec la négociation, on pourrait imposer une maîtrise qui est un peu plus subtile. De toute façon, à la fin, qui va décider ? C'est le médecin* ». Je suis d'accord mais pas complètement. Bien sûr qu'il y a des décisions qui vont parfois à l'encontre du consentement du malade. On peut dire que dans la loi il y a la possibilité de faire un traitement obligatoire. Je peux expliquer un peu le dispositif de la loi : si les 3 conditions sont réunies, c'est-à-dire la présence d'un trouble psychique pour lequel une intervention thérapeutique est nécessaire, l'absence de

consentement de la part du malade et l'impossibilité de soigner la personne en dehors d'un espace sanitaire, on peut faire un traitement sanitaire obligatoire qui va durer une semaine. Mais c'est quoi le problème ? Le traitement est décidé par deux médecins, jamais par un policier, par un juge ou un préfet de police. Ce n'est jamais un problème d'ordre public, c'est un problème de santé de la personne qui implique que le médecin prend sa responsabilité. Sur quoi ? Ça, c'est le contrôle qui, pour Basaglia, est peut-être un problème. Le médecin est toujours dans un dispositif dans lequel il doit trouver une sorte de négociation avec la personne. Si cette négociation, on ne la trouve pas, le médecin doit décider selon sa responsabilité. C'est une responsabilité éthique. Cela n'a plus un côté normatif d'ordre public, ce n'est pas « *vous devez le faire parce que la loi le dit* », c'est « *vous pouvez le faire si vous croyez que la liberté de la personne est écrasée par la maladie* ». Peut-être que le médecin va décider que la liberté de la personne, dans un moment comme celui-là, c'est de s'exprimer d'une façon agressive et qu'on peut la laisser comme ça. Un exemple pratique : il y a 6 mois, j'étais aux urgences de l'hôpital général et j'ai reçu un appel du médecin de la prison. Elle m'a dit : « *monsieur, j'ai besoin de vous, il y a un prisonnier qui est dans une cellule d'isolement parce qu'il veut quitter la prison, il veut aller dans une autre prison où il y a son cousin* ». Il a commencé une contestation très forte parce qu'il veut quitter la prison. Là, il commence à faire des choses qui, à mon avis, sont des choses folles. Il prend sa merde et commence à la mettre sur les murs de sa cellule. J'ai pensé – peut-être que c'est un peu une déformation – à des choses que Michel Foucault dit dans « *Le pouvoir psychiatrique* » : « *la merde est la dernière ressource pour les personnes qui n'ont pas d'autres ressources, qui ont seulement leur corps pour combattre* ». Je lui ai dit : « *madame, c'est quoi le problème ? Il fait de la contestation ? Vous avez parlé avec le directeur de la prison ?* ». « *Oui oui, d'accord, mais c'est pas ça. A mon avis, il a des troubles de la personnalité parce que c'est une contestation profonde, etc.* ». J'ai dit : « *Je ne suis pas d'accord, de toute façon ma collègue psychiatre a déjà vu cette personne en prison et a dit que ce n'était pas un problème qu'il fallait soigner mais un problème qu'il faut considérer dans un autre contexte* ». Le médecin appelle l'ambulance, le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et, avec trois policiers, on amène la personne aux urgences. J'ai parlé avec le monsieur, d'origine algérienne ou tunisienne, et il m'a dit : « *je ne veux pas rester dans cette prison donc je ferai tout pour l'abandonner* ». J'ai dit aux policiers que c'était une contestation. J'avais le pouvoir de donner des médicaments, de dire : « *d'accord, vous avez un trouble de la personnalité parce que vous avez mis la merde sur les murs* ». C'était quoi, la responsabilité ? *Ma* responsabilité ? Reconnaître qu'il y avait un acte de résistance. De vraie résistance. Et je leur ai dit que je n'étais pas d'accord pour hospitaliser la personne. Qu'il fallait écouter la personne. Que je ne savais pas quelle était la solution dans leur prison mais que ce n'était pas à moi de la donner, mais que je pouvais aller parler avec le directeur de la prison.

Je ne sais pas si j'ai répondu à la question. Ça, c'est la responsabilité. La responsabilité, c'est dire qu'il y a des actes qui ne doivent pas nécessairement être soignés. Je n'avais pas l'obligation de soigner un acte comme ça. Bien sûr, ça peut correspondre, pour certains psychiatres un peu malins, à une déresponsabilisation, à un abandon du malade. Bien sûr, il ne faut pas dire « *je respecte la liberté du malade* » pour en fait l'abandonner. Il faut toujours comprendre ce qu'est la liberté de la personne. Une personne qui vit dans la poubelle est libre, peut-être, mais je dois le comprendre avec elle. Peut-être qu'elle n'est pas libre. Et donc peut-être que si je pose un acte, une opération de soins, après, la personne peut me dire « *merci, je suis plus libre aujourd'hui* » ou, justement, « *monsieur, je voudrais retourner dans la poubelle* ». C'est toujours la négociation, et jamais un acte de maîtrise « *je décide, c'est tout* ».



Un intervenant

Il y a un seul médecin pour décider d'un traitement obligatoire ?



Mario Colucci

Non. Il y a un médecin qui propose, un autre médecin qui met la signature et après, le maire de la ville, autorité démocratique qui signe l'hospitalisation sous contrainte.



Un intervenant

Cela laisse quand même un pouvoir discrétionnaire au médecin, le fait de dire « *il est le seul spécialiste capable d'évaluer la situation* » et de dire qu'après négociation, éventuellement, « *il faut forcer le patient à prendre tel ou tel traitement* »... Effectivement, on fait signer par une autorité politique mais qui n'a aucun pouvoir... Pourquoi est-ce que le médecin jouit de ce pouvoir ? Comme on disait tout à l'heure, s'il a la chance de tomber sur vous, il aura droit à une négociation qui se passe dans un cadre compréhensif. Mais il peut aussi tomber sur un médecin qui jouit de son pouvoir, comme le font les médecins français, dans une espèce d'optique de corporation et d'augmentation du pouvoir de la profession médicale.



Mario Colucci

Vous avez compris. Le danger de la médicalisation, c'est ça. Il faut que le dernier mot ne soit pas le mot du médecin. En Italie, il y a deux médecins et toujours le maire de la ville. Si on pense à de petites villes, mais aussi à des villes plus grandes où il y a des maires qui sont très attentifs, le maire peut dire : « *non, je ne suis pas d'accord avec vous* ». L'autorité politique peut dire non. Et s'il y a une situation où les droits de citoyenneté de la personne ne sont pas reconnus, de toute façon, il y a le juge qui peut dire non, le juge qui, en Italie, tutelle le droit constitutionnel de la personne – pas le juge pénal. Je vous donne un exemple : dans la région de Bologne, il y avait des médecins qui n'étaient, comme vous dites, pas trop intéressés à faire un travail dans la communauté, à travailler en réseau, à éviter l'hospitalisation ou aller à domicile. Ils faisaient beaucoup d'hospitalisations, car pour les éviter, chaque semaine, il faut interagir avec tout le dispositif de réseau, c'est tout un travail, je comprends... Et Basaglia va penser à cet aspect-là, pour éviter les abus d'hospitalisation. Il y avait une juge tutélaire, une dame, qui a dit : « *à mon avis, vous travaillez très mal. Ce n'est pas possible qu'ici, il y ait le double ou le triple d'hospitalisations sous contrainte qu'ailleurs* ». Donc elle a commencé à mettre fin à toutes les hospitalisations sous contrainte, même si elles étaient justifiées, pour rappeler aux psychiatres leur responsabilité politique. Remettre le mot politique dans le dispositif qui, dans le passé, était seulement un dispositif scientifique, c'est difficile. Il y a un côté médicalisé scientifique, on l'a dit, des troubles mentaux. Mais il y a aussi un côté politique. Et ça ce sont les deux aspects de la négociation qu'il faut toujours garder.



Pierangelo Di Vittorio

Je crois que les deux interventions et les réponses visent un problème absolument central : c'est la question du pouvoir des psychiatres. Moi, j'ai essayé de tracer, un peu comme ça, avec les outils de la fiction, ce passage de la psychiatrie à la santé mentale. L'une des questions que j'ai posée est : « *qu'en est-il du pouvoir des psychiatres dans ce passage ?* ». Le psychiatre Franco Basaglia avait un pouvoir incomparablement supérieur au pouvoir qu'ont les psychiatres d'aujourd'hui.

C'était vraiment l'héritier de la grande tradition aliéniste. En Italie, être psychiatre, directeur d'un hôpital psychiatrique, dans les années 60, ça voulait dire être à la fois le chef administratif et le chef thérapeutique de l'institution. Quand Basaglia a renversé le système des alliances en arrêtant d'être l'allié de la société, en *trahissant* son mandat social de contrôle de cette population perturbante que sont les fous, les pauvres, les prolétaires et sous-prolétaires, il est devenu par contre l'allié de ces gens qui essayaient de sortir de l'enfer et de faire une démarche pour acquérir une subjectivité humaine, juridique, politique, sociale, économique, etc. Il a mis sur la table de cette alliance un pouvoir *énorme*. Le problème du passage de l'aliénisme comme grande figure historique de la psychiatrie du 19^e au 20^e siècle, de la psychiatrie à la santé mentale, ça correspond à une perte de pouvoir vertical des professionnels de la psychiatrie. On a complètement divisé le management. A plusieurs niveaux de la médecine d'ailleurs, pas seulement pour le psychiatre. Donc on a un management très charismatique, qui est on ne sait pas bien où, qui passe souvent par les lettres, par les ordinateurs, par les communications, mais qui est ailleurs. Après, on a les professionnels sur le terrain, qui sont un peu dans la condition du prisonnier de tantôt : s'ils doivent contester quelque chose à un moment donné, bon, peut-être qu'ils ne vont pas utiliser la merde car cette merde-là, c'est la merde de la merde, mais ils vont utiliser une autre merde parce qu'ils n'ont pas vraiment le pouvoir de prendre des décisions. Les décisions passent ailleurs, par le câble, les coups de fil, les réunions qui se déroulent je ne sais pas où. Vous voyez, la situation a complètement changé. Si Basaglia a pu contribuer à une transformation radicale comme celle qui a eu lieu en Italie, c'est parce que, dans sa personne, il y avait un double pouvoir qui lui donnait, finalement, un pouvoir démesuré. C'était ça, finalement, la critique. Vous voyez comme l'histoire est compliquée ! La juste critique qu'on a fait à l'aliénisme, c'était justement que le psychiatre avait un pouvoir démesuré. Mais Basaglia est le grand héritier de la tradition aliéniste, il est parmi les plus grands justement parce qu'il a compris que ces pouvoirs démesurés, il pouvait les mettre dans un autre type d'alliance où les alliés, ce n'est plus la société qui me dit de contrôler mais bien les gens qui sont dans l'enfer de l'asile psychiatrique. Aujourd'hui, même si on est des gens de bonne volonté, attentifs à l'histoire des bonnes pratiques, un geste qui peut avoir une incidence sur la réalité comme le geste qu'a fait Basaglia, il faut que nous l'oublions...

Personnellement, dans ma vie quotidienne, je suis beaucoup plus proche du prisonnier qui jette de la merde que dans une tentative de jeu de séduction et de contre-séduction avec le management. Parce que le management, c'est charismatique. Le management dit aux professionnels et aux gens : « faites spontanément ce que je vous dis de faire parce que moi, je suis l'Agence de la rationalité, je sais comment il faut se conduire, je vous dis comment il faut se comporter sur le poste de travail, comment il faut manger, comment il faut bosser, avec qui il faut coucher et avoir des enfants... », tout le discours énorme de la biopolitique. La responsabilité génétique, comme on la voit aux Etats-Unis, arrive aussi chez nous : « choisissez bien votre partenaire pour ne pas produire des victimes ». Personnellement, je suis très proche du monsieur immigré qui jette de la merde. Il faut comprendre, à mon avis, que jeter de la merde, c'est un fait politique, pas un fait symbolique. Baudrillard a dit « oubliez Foucault ». Bon, commençons par oublier un peu Baudrillard : la merde, c'est un fait politique. Il y a toute une gamme de poubelles qu'on peut jeter au Pouvoir, aux excès de pouvoir, pour les contester. Ça peut être cet objet-là qui sort du cul et qui s'appelle la merde, mais ça peut être aussi dans certains comportements au bureau, dans la désobéissance. La *poubelle*, c'est toujours la dernière ressource que nous avons pour commencer à dire qu'on est là. On est là et on est dans une démarche anti-fasciste. On n'est pas séduits par vous. Il y a une très belle phrase de Foucault qui relie l'anti-Œdipe de Deleuze et Guattari dans la préface de l'édition américaine, traduit dans un manuel de vie anti-fasciste. Il reprend l'idée de l' « Introduction à la vie dévote » de Saint François de Sales et dit : « ce

livre est une introduction à la vie non fasciste. La première et dernière règle de l'introduction à une vie non fasciste, c'est de ne pas tomber amoureux du pouvoir ». Alors le management, je ne sais pas comment, essaie de nous séduire, mais c'est surtout nous qui essayons tout le temps de le séduire : « décide pour moi », etc. Cette envie de maîtrise qu'on a, il faut en avoir un peu moins, il faut avoir un peu moins envie de décideurs, de managers. C'est aussi le problème de l'anti-fascisme ou du non fascisme, la grande question d'aujourd'hui. Si tout le problème, c'est d'être un peu moins gouvernés, si c'est la subjectivation à partir de pratiques de liberté, qu'allons-nous faire ? Nous allons séduire ou nous laisser séduire par le management, les cadres, ou bien va-t-on essayer d'être un peu moins dépendants en général ?



Un intervenant

En vous entendant parler... effectivement, on n'a pas du tout la même histoire parce que vous, vous avez eu le fascisme. Nous, on a été du côté des gagnants, on a battu les pauvres Italiens. Et puis il y a un autre élément qui est très important mais que vous ne nommez pas : ce que certains appellent « les années de plomb » en Italie, pendant toutes les années 70. Vous avez eu dix ans de terrorisme. La violence a été totalement différente en Italie qu'en Belgique. Nous, on s'est abreuvé au pouvoir, le robinet est ouvert et nous on est en dessous. On est complètement dépendants dans notre société belge. Personne ne se révolte. Il n'y a pas de Basaglia ici. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a vraiment un modèle à créer chez nous, chez le peuple belge, parce qu'on n'a pas la même histoire récente que vous. Les Cellules Communistes Combattantes (CCC) n'ont pas tenu dix ans. En Italie, ils ont été jusqu'à tuer des magistrats et ainsi de suite, le désordre social a été très loin. C'est peut-être pour ça qu'un Basaglia a pu faire entendre sa voix. C'était le chaos en Italie à ce moment-là. J'espère que nous les Belges, on trouvera notre recette.



Un intervenant

Un petit commentaire qui abonde tout à fait dans le sens de ce que Pierangelo Di Vittorio vient de dire... Je pense que c'est très difficile de réduire la médicalisation à un pouvoir corporatif. La médicalisation, c'est la prégnance, l'empire des catégories de pensées de la médecine dans la lecture des conduites humaines. Ce n'est pas simplement le fait des médecins. Aujourd'hui, on voit cette prégnance opérante dans un tas d'autres mondes : le monde du logement, du travail, la politique d'asile... C'est extrêmement présent. Je pense qu'il faut d'abord rompre avec ces catégories. Si Goffman nous a permis de lire un peu mieux l'asile, c'est aussi parce qu'il avait complètement rompu avec ces catégories de lecture. Je pense qu'on ne résout pas le problème en renvoyant le pouvoir au juge, par exemple. Parce qu'avec le déplacement des frontières aujourd'hui, au niveau des paradigmes, on voit que le juge peut tout à fait bien s'appuyer sur les catégories de la médecine pour prendre ses décisions. Moi, je ne ferais pas nécessairement confiance aux autres niveaux de pouvoir sur ce fond.



Charles Burquel

Je me permets de vous présenter Patrick Coupechoux. C'est une personne dont j'ai entendu parler avant même la publication de son livre. Journaliste au *Monde diplomatique*, il s'est intéressé, pour des raisons dont il parlera lui-même, aux questions de santé mentale, avec l'idée d'essayer de penser notre société. Il a demandé à Jean Oury de faire la préface de son livre et on le sent très élogieux par rapport au travail qui s'est fait. C'est vraiment un travail très important concernant des législations, concernant les façons dont se sont mises en place une série de choses. On y trouve beaucoup de

réflexions qui nous aident à penser le type de société dans laquelle on est, comment elle met en place les soins pour les patients dits fous. On est particulièrement heureux de l'inviter ici. Je rappelle le titre de son livre : « Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux ». Jean Oury, dans la préface, prend une phrase de Samuel Beckett qui correspond à ce qui se dit dans le livre, me semble-t-il : « *ça fait longtemps que cela dure mais cela ne fait que commencer* ».



Patrick Coupechoux

Merci. Je voudrais d'abord, comme il est de coutume, remercier les organisateurs de m'avoir invité. C'est plus que de coutume d'ailleurs parce que, face à ce large public, je suis très honoré de venir parler un peu de mon travail. Comme on vient de le dire à l'instant, je suis journaliste. Je ne suis ni psychiatre, ni soignant, ni psychologue. Je suis quelqu'un de totalement extérieur à votre milieu, à ce milieu-là. C'est en tant que journaliste que j'ai voulu faire une investigation sur la situation de la folie en France aujourd'hui. Je dis ça parce que, d'une part, ça m'a posé problème parce qu'il a fallu pénétrer dans cette culture et dans ce monde, ce qui n'est pas toujours évident, vous l'imaginez. Par ailleurs, ça a peut-être été un avantage parce que, pardonnez-moi l'expression, je ne trimbalais pas toute une série de choses derrière moi, ce qui m'a permis d'avoir un regard extérieur. Quelquefois, ça peut être quelque chose d'intéressant. En tout cas, c'est ce que les gens qui lisent le livre aujourd'hui me disent. En fait, j'étais à la recherche d'un sujet « de société » qui pouvait me faire aborder la question suivante : « *comment fonctionne notre société ?* ». C'est-à-dire un sujet qui soit un peu un sujet-loupe. Il se trouve que j'avais des raisons personnelles de m'intéresser à la maladie mentale ; j'ai donc pris mon bâton de pèlerin et j'ai commencé l'enquête.

Parmi les lectures que j'ai été amené à faire, je suis tombé très rapidement sur une phrase de Lucien Bonnafé, un grand psychiatre français, mort il y a 4 ans, qui était l'un des animateurs du mouvement « désaliéniste » après la guerre : « *On juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses fous* ». J'ai senti que cette phrase allait être le départ de mon enquête. C'était tout à fait ce que je cherchais : essayer de voir quel était le degré de civilisation de notre société aujourd'hui en voyant comment elle traite ses fous, ses malades mentaux, ses déviants et tout ce qui est à la marge. Au cours de l'enquête, je me suis vite aperçu d'une chose. Vous allez me dire que ça peut être quelque chose de naturel mais je ne pense pas que ça le soit autant que ça. Je me suis aperçu qu'il fallait absolument que je fasse un détour par l'Histoire, voir comment ça s'était passé, pour essayer de comprendre ce qui est en train d'arriver aujourd'hui. Je dis ça parce que je rencontrais des psychiatres, des sociologues, etc., je faisais des lectures et j'avais l'impression d'une espèce de puzzle. Chacun y allait de son interprétation sur la situation actuelle et j'avais un mal fou à essayer de donner du liant, une cohérence. J'étais quand même persuadé sur le fond qu'il y avait une cohérence. A la suite de l'enquête, je pense toujours qu'il y a une cohérence dans la situation actuelle. Le détour par l'Histoire, je l'ai fait pour moi, parce qu'il fallait que je comprenne, mais aussi pour le lecteur. C'est-à-dire que j'ai consacré un chapitre à cette Histoire. Je me souviens qu'au moment où je travaillais sur ces questions, il y avait des gens, y compris proches de moi, des amis, qui me disaient : « *mais tu vas ennuyer les lecteurs avec l'Histoire, revenons au présent, c'est ce qui intéresse les gens, il faut répondre à ça* ». C'est ce que Jean Oury – on en parlait à l'instant – appelle, en le critiquant, le « *présentisme* », c'est-à-dire cette espèce d'idée qu'en parlant des choses immédiates et qui sensibilisent tout de suite les gens sans leur demander d'effort, on allait les convaincre et les aider. En fait, ce détour par l'Histoire ne m'a non seulement pas été reproché, mais c'est ce qui fait une partie de l'impact du livre aujourd'hui.

Alors, pour quelles raisons ce détour par l'Histoire ? Parce que je me suis dit... Prenons un exemple : la question du Secteur en France. Le Secteur, c'est l'une des formes qu'a pris le mouvement désaliéniste après la Libération, après 1945, et c'est devenu – après on pourra en faire un bilan, une critique – la structure de la psychiatrie en France. Un Secteur de 70.000 habitants, avec une équipe, etc. etc. J'y reviendrai. Aujourd'hui, ce Secteur est remis en cause de toutes parts : par les décideurs, par les managers, par la psychiatrie officielle, ce que j'appelle la « *psychiatrie de cour* ». Il est remis en cause, mais pas *frontalement*. Il est toujours au centre du débat. Au centre du débat, il y a toujours le soin, l'accompagnement, « *qu'est-ce que la maladie mentale ?* », etc. Toutes ces questions qui avaient été posées après la guerre sont toujours présentes. Il fallait comprendre ce qu'était cette politique de Secteur, d'où elle venait, qui l'avait portée, quels étaient ses objectifs et ses ambitions. Quand vous vous penchez sur la question du Secteur et du désaliénisme après la guerre, vous êtes évidemment conduits à vous pencher sur l'aliénisme. Qu'est-ce que ça a été ? Et avant l'aliénisme, qu'est-ce qu'a été le Grand Renfermement que Foucault décrit d'une façon extraordinaire dans son livre « Histoire de la folie à l'âge classique » ? Finalement, je suis remonté très haut et j'ai donné au lecteur un petit peu des éléments historiques, mais pas en tant qu'historien, pour qu'il puisse comprendre tout ça. Qu'est-ce que j'en ai tiré ? Une idée qui peut paraître simple mais qui finalement est assez étonnante : c'est qu'en fait, l'état de la folie à un moment donné, c'est-à-dire la façon dont on traite les fous à un moment donné, le regard que l'on porte sur eux, est souvent, d'une façon presque directe, lié à l'état de la société, à la période historique dans laquelle les choses se passent. Quand il y a eu des grands progrès démocratiques et sociaux – je parle de la France mais j'imagine que c'est également vrai en Belgique et en Italie –, on a eu des progrès dans la façon de traiter la maladie mentale. Par exemple, quand Philippe Pinel, considéré comme le père de la psychiatrie française, avait enlevé les chaînes des fous à Bicêtre au moment de la Révolution et avait commencé de théoriser une vision de la folie qui rompait avec la vision antérieure – c'est-à-dire cette part de raison qui reste chez le fou et sur laquelle il faut s'appuyer pour faire avancer les choses, le traitement moral, tout ça qui a été d'ailleurs théorisé par le philosophe Hegel – ça a constitué un progrès. Même si, par après, ça a donné lieu à l'aliénisme.

Il n'est pas tout à fait hasardeux que Pinel et ce qu'il représente apparaisse au moment de la Révolution française, au moment du siècle des Lumières, au moment où la société se projette vers l'avenir avec des ambitions.

Le désaliénisme et le Secteur en France

Un autre exemple, c'est celui du désaliénisme en France. Ça n'a pas été une spécificité française – on a parlé de Basaglia en Italie – mais, dans la forme qu'il a pris en France, le désaliénisme – qui venait déjà d'avant la guerre où il y avait eu des expériences et des réflexions intéressantes – s'épanouit, se cristallise pendant l'Occupation, dans la Résistance. L'asile de Saint-Alban, dans le centre de la France, était à la fois un asile où on faisait de la résistance – y compris les patients – au sens propre du terme (on se battait contre les Nazis) et où on élaborait une nouvelle psychiatrie avec des gens comme François Tosquelles, Lucien Bonnafé, des surréalistes et aussi des poètes. Tristan Tzara, Paul Eluard, tous ces gens-là passent à Saint-Alban. Tout ce mouvement va évidemment s'épanouir en 1945, au moment de la Libération, et on va lancer une formidable remise en cause de l'aliénisme à partir de ce terreau-là. Encore une fois, il n'était pas du tout extraordinaire que ce terreau-là soit la lutte contre le nazisme et cette espèce d'embellie démocratique de l'après-guerre – même si ensuite on peut faire des bilans critiques de cette période.

J'insiste sur le désaliénisme pour plusieurs raisons. La première, c'est que ça m'a semblé être quelque chose d'extrêmement « *révolutionnaire* » en ce sens que, quelles que soient les écoles et la façon de l'exprimer, il y avait quand même, et

il y a toujours, l'idée que la folie est humaine et que le fou est quelqu'un d'humain. On réintègre le sujet, le fou, dans l'humanité. En regardant un peu l'Histoire, on s'aperçoit que ça n'a pas toujours été évident, loin de là. C'est sur cette base-là que se constitue, en France, tout un mouvement à la fois théorique et pratique qui va déboucher sur le Secteur, sur des expériences très concrètes comme celle de Laborde avec la psychothérapie institutionnelle. J'insiste là-dessus parce que ces gens-là ont mis en évidence toute une série de principes ou d'idées qui sont aujourd'hui, d'une façon rampante, remises en cause. Je prendrai l'exemple de cette fameuse continuité des soins qui avait été affirmée par des gens comme Tosquelles, Oury, Bonnafé etc. À partir du moment où l'asile n'existe plus – et je ne suis pas en train de dire qu'il n'existe plus – et qu'on considère que la maladie mentale doit être accompagnée dans la durée, parce qu'il n'y a pas que la crise, il y a aussi entre les crises, il faut cette continuité des soins. Et la continuité des soins est à la charge, prenons l'exemple du Secteur, d'une équipe. D'une équipe qui n'est pas simplement le psychiatre. Lucien Bonnafé disait « *on a été les assassins du je au profit du nous* ». L'idée, c'est qu'on est sur un territoire donné et qu'on essaye d'être le plus proche possible de la population et de la société, du lien social, pour pouvoir suivre, faire en sorte que cette continuité des soins puisse exister.

J'insiste là-dessus parce qu'on revient un petit peu – nos amis italiens parlaient tout à l'heure de Basaglia – à des choses qui sont communes. Bonnafé parlait du *potentiel soignant du peuple*. C'est une belle formule, un peu emphatique. Il parlait aussi d'implantation préalable : on arrive dans un endroit, on ne dit pas « *on va faire l'hôpital, on va faire une structure décentralisée, on va faire ci, on va faire ça* ». On va déjà se pénétrer de la réalité du quartier, du secteur, de la population et on va faire une implantation préalable, c'est-à-dire que c'est seulement après qu'on essaiera de voir quelles sont les réponses qu'on pourra donner. Vous voyez, tout ça me semblait extrêmement important du point de vue de la vision et du regard que la société, à un moment donné, pose sur la folie.

Pour reprendre ce que je disais tout à l'heure, tout ça, évidemment, est lié à la Libération, avec les ambitions que se donne une société comme la société française à l'époque. À l'inverse, on a des périodes de régression terribles dans l'histoire. Prenons l'exemple de l'entre-deux-guerres, y compris ce qui s'est passé dès la fin du 19^e siècle avec toutes les théories d'eugénisme, de dégénérescence de la race, qui sont des théories qui fleurissent sur le terreau du fascisme et du nazisme et qui conduisent non seulement à un regard totalement excluant de la folie mais aussi au pire. Dans l'Allemagne nazie, on a un programme signé Hitler qui conduit à l'extermination de 70.000 malades mentaux. On ne parle pas seulement des 70.000 malades mentaux assassinés dans le cadre du fameux programme T4³ mais de probablement plus puisqu'ils ont aussi été envoyés dans les camps de concentration et liquidés parmi les Juifs, les déportés politiques et autres. Donc on arrive à une situation comme ça. On arrive également à une situation où, en France, par exemple, on a – chose taboue encore aujourd'hui – environ 40.000 malades mentaux qui meurent de faim dans les asiles de Pétain, tout simplement parce qu'on ne leur donne pas à manger. On leur donne juste la ration officielle et 40.000 personnes meurent. C'est sur cette terrible expérience, avec la découverte des camps de concentration, le fait que le camp de concentration ressemble à l'asile à certains égards, que le mouvement désaliéniste français va dire « *on va mettre tout ça à bas et en finir avec l'asile* ». Ce lien entre la société et la façon dont on traite la folie m'est apparu d'une façon très forte.

Marchandisation du monde et mise en concurrence des existences

Quelle est en fait la situation d'aujourd'hui dans la société ? Comment notre société a-t-elle changé depuis, et d'une façon extraordinairement rapide quand on y songe ? Je crois que ce qui a changé fondamentalement – je vais évidemment être

tout à fait schématique –, c'est que la conception néo-libérale de la société telle qu'elle est en train de « s'épanouir » sous nos yeux, c'est une conception où la société est une somme d'individus, on ramène tout à l'individu, et que ces individus sont en concurrence les uns avec les autres dans tous les compartiments de leur vie. Quand on regarde les choses de près, on s'aperçoit que tout ce qui est récit collectif, ambitions collectives, aujourd'hui c'est fini. On parlait tantôt de la Libération et du désaliénisme et c'est vrai qu'à cette époque – même si aujourd'hui, avec 50 ans de recul, on peut critiquer les choses –, il y avait une ambition, il y avait quelque chose qui portait la collectivité. Aujourd'hui, ce sont les individus qui sont le but et le moyen ultimes de toute vie sociale. Ce n'est pas simplement une question subjective. Ce n'est pas simplement le fait de l'individualisme ou du chacun pour soi : ce sont vraiment les structures sociales objectives qui ont été modifiées. Par exemple, dans l'entreprise, le fait qu'on remette en cause le code du travail, ça conduit à ça. Parce qu'au bout d'un moment, dans l'entreprise comme hors de l'entreprise, on crée des structures pour que les gens soient en concurrence. Ils n'ont pas le choix ! Ni vous ni moi n'avons le choix. C'est une réalité objective. Quand on est dans une multinationale, on n'a plus derrière soi des structures collectives pour se protéger ou pour se défendre, des syndicats puissants, on est seuls face à une énorme machine qui vous met en concurrence avec d'autres. Il y a quelques jours encore, je parlais avec une personne qui travaille dans un grand groupe français, à la communication ou je ne sais quoi, et qui me disait : « *j'ai deux enfants. Tous les jours le temps de travail augmente, tous les jours on m'en demande un peu plus* ». Moi je lui disais : « *et bien écoutez, résistez, dites quelque chose...* ». Et elle disait : « *mais si je dis quelque chose, on va me mettre sur la touche, on va me mettre une stagiaire toute jeune avec des dents qui vont rayer le parquet et qui va finir par prendre ma place* ». Ça, c'est l'objectivité de la concurrence aujourd'hui. C'est vrai dans le domaine du travail. C'est vrai quand on cherche du travail – ce n'est pas la peine de vous faire un dessin, je pense que tout le monde voit les choses d'une façon tout à fait évidente... C'est vrai à l'école : regardez l'obsession des gens qui veulent que leurs enfants soient surdoués parce que s'ils sont surdoués ils vont pouvoir marcher sur les mains des copains et arriver avant les autres, etc. C'est ça, me semble-t-il, qui est aujourd'hui probablement l'une des causes, si ce n'est *la* cause principale de ce qu'on appelle la souffrance psychique, ce phénomène massif que vous, dans vos métiers, voyez arriver dans vos consultations et que d'autres appellent, plus justement à mon sens, la souffrance psychosociale, parce qu'elle s'enracine dans le fonctionnement social.

Cette souffrance, elle naît du fait que, dès le moment où vous avez concurrence, vous avez des gens qui gagnent. Ils ne gagnent pas toujours : personne n'est à l'abri des échecs. Mais le revers de la médaille, c'est qu'on crée aussi des exclus. Ceux qui ne gagnent pas sont exclus. Ils peuvent être exclus jusqu'au bout, c'est-à-dire qu'on les retrouve dans la rue, on les retrouve mourants dans les foyers d'accueil pour Sans Domicile Fixe (SDF), l'exclusion n'étant pas simplement le phénomène des SDF mais un processus inhérent au fonctionnement social aujourd'hui, inhérent au fait que les individus soient en compétition. Je cite d'ailleurs dans le livre une phrase épouvantable d'un dirigeant d'une multinationale française qui dit : « *pour gagner, ce ne sont pas les plus faibles qu'il faut aider, ce sont les meilleurs* ». Vous imaginez ? C'est ça, le fond de l'affaire. Là où c'est intéressant, c'est que comme tout est ramené à l'individu, on s'aperçoit qu'en fait, les exclus intègrent leur propre exclusion d'une façon individuelle. Par exemple, vous avez un psychanalyste qui s'appelle Patrick Declercq qui a écrit un bouquin très intéressant, « *Les Naufragés* », sur les SDF, où il décrit bien comment toute causalité socioéconomique et politique de l'exclusion est... exclue, y compris dans la tête des gens. Les gens intériorisent, individualisent leur propre exclusion et leur propre échec. C'est vrai du chômeur, c'est vrai du RMIste, c'est vrai de tous et de tout un chacun parce que c'est la façon dont on fonctionne aujourd'hui. Le système doit se reproduire. Mais il se reproduit

en créant des tensions énormes. On le voit bien, il suffit d'écouter ce qui s'est dit ce matin. Le système, il doit gérer ça. C'est ça aussi le management. Finalement, cette souffrance massive, sur laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait des études et donne des chiffres assez impressionnants... cette souffrance est une réalité. Il y a quelques jours, je lisais *Le Monde*. Il y a eu un conflit social, un conflit social « banal » si j'ose dire, il n'y a pas longtemps à Beaubourg, vous savez, le temple parisien de la culture. *Le Monde* rendait compte de la position des syndicats : « *il y a des questions de salaires, il y a des questions de conditions de travail et il y a des questions de la souffrance* ». J'ai été surpris par ça parce que ce terme vient dans un conflit social aujourd'hui, ce qui n'était pas le cas il y a dix ou quinze ans. Aujourd'hui, on va parler de la souffrance. Et cette souffrance-là, elle pose problème au système. D'après l'OMS, il y a quelque chose comme trente millions de journées perdues pour absentéisme dû à la souffrance, à la dépression, à la déprime, comme on dit. Ça pose problème du point de vue de la gestion, du point de vue managérial, mais aussi du point de vue politique, puisque ça peut rompre les équilibres sociaux, les équilibres qui permettent au système de se reproduire. Je vous donne un exemple : ce qui s'est passé en France en novembre 2005 dans les banlieues montre que le système est toujours en équilibre instable et qu'il faut traiter ça. Si le système ne le traite pas, il peut aller vers des choses qui sont désagréables pour lui, il peut aller vers le fait qu'il ne puisse pas se reproduire et qu'il puisse y avoir des conflits d'une importance démesurée pour lui. Or la réponse actuelle, à mon sens, c'est la santé mentale conçue comme les libéraux la conçoivent aujourd'hui. Encore une fois, on parlait tout à l'heure de glissement de sens. C'est vrai que les désaliénistes français, Bonnafé en particulier, parlaient de santé mentale. Mais je ne pense pas qu'ils mettaient la même chose dans le contenu.

La médicalisation de la souffrance

Pierangelo Di Vittorio parlait tout à l'heure de traitement collectif de populations... C'est vrai qu'aujourd'hui on a une réponse de ce type. Et une réponse de ce type qui est liée à une médicalisation extraordinairement grande, à une psychiatrisation, à une sanitarisation, choisissez le terme qui vous convient le mieux. Parce que la réponse à la souffrance, la réponse aux problèmes sociaux, économiques et politiques qui sont posés aux gens aujourd'hui d'une façon parfois violente, elle est psychiatrique, elle est médicale. Regardez le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). À chaque nouvelle formule, à chaque nouveau DSM, on augmente encore le nombre de pathologies. Alors ça fait plaisir à l'industrie pharmaceutique, mais pas seulement ! Il faut faire face... Et qu'est-ce qu'on conseille finalement aux gens qui ont des difficultés ? D'aller voir le psychiatre, d'aller voir le psychologue, d'aller voir une cellule psychologique etc. pour faire face à des questions qui, sur le fond, sont tout de même des questions sociales, économiques et politiques.

Sur la santé mentale, il y a deux choses qui me semblent importantes. La première, c'est que cette affaire de santé mentale, on ne peut pas la nier. Dans la mesure où cette souffrance existe, c'est normal que la santé mentale existe. Mais il faut la retirer des griffes des médecins ou des psychiatres et en faire une affaire politique. Quand le syndicat de Beaubourg dit qu'il y a de la souffrance, il en fait déjà une affaire politique. En faire une affaire politique, ça veut dire en faire une affaire conflictuelle. Pendant l'enquête que j'ai menée, par exemple, je suis allé à Nanterre, dans la région parisienne. C'est une vieille municipalité de gauche à direction communiste depuis très longtemps, avec des problèmes énormes de chômage, de souffrance etc. La municipalité a décidé de s'emparer de cette affaire et de ne se servir du Secteur et des psychiatres qu'à partir du moment où ils en ont besoin. L' élu avait cette phrase intéressante : « *un psychotique, c'est l'affaire du psychiatre. Par contre, un citoyen qui souffre, c'est mon affaire. En tant qu' élu, ça relève de ma compétence, de ma mission* ». Ils essaient de mettre en œuvre toute une série d'actions en s'appuyant sur les dispensaires anciens qu'ils

avaient créés avant-guerre, parce que c'était comme ça dans les municipalités communistes, pour essayer de mener une bataille qui soit à la fois une bataille d'aide aux gens qui souffrent mais aussi une bataille politique sur ces questions. La souffrance psychique ne naît pas de n'importe quoi, elle naît du fonctionnement social aujourd'hui, de la course, de la concurrence, de l'exploitation des gens, etc. Je crois que ça, c'est une question de fond.

D'autant plus qu'à mon sens, il y a une deuxième conséquence, très problématique, par rapport à ce qui nous intéresse aujourd'hui : du coup, la maladie mentale, elle disparaît dans tout ça. Par exemple, quand j'ai rencontré Gérard Massé, le patron de la Mission nationale d'appui à la santé mentale en France, l'organisme officiel financé par l'Etat qui doit réfléchir sur ces questions, ce qu'il disait c'était : « *moi, mon boulot, ce n'est pas simplement de m'occuper du psychotique, c'est de m'occuper aussi de la mère de famille déprimée* ». Oui, pourquoi pas ? La question, c'est que maintenant c'est la mère de famille déprimée qui prend le pas sur le psychotique. Deuxième exemple : un homme d'affaires très riche, ami de Nicolas Sarkozy, de Philippe Douste-Blazy, l'ancien ministre de la Santé, a fait un rapport au Ministère de la santé il y a 2 ou 3 ans dans lequel il dit : « *Il va falloir que la société choisisse entre traiter les psychotiques et traiter la souffrance psychique. Parce qu'elle n'aura pas les moyens de traiter tout. Et le plus, urgent, c'est la souffrance psychique* ». Pour vous illustrer le propos, il y a 2 ou 3 semaines, j'étais à un colloque au Sénat à Paris. C'était un peu la « *psychiatrie de cour* », les gens de Sainte-Anne, les biopsychiatres etc., plus quelques sénateurs bedonnants. Il y a eu 3 tables rondes. J'ai participé à l'une d'entre elles. À chaque table ronde, il y avait 4 personnes, donc vous voyez, il y a pas mal de gens qui sont intervenus. Je suis le seul à avoir parlé de la maladie mentale, de la folie. Tout le reste, c'était : « *comment va-t-on faire pour développer la santé mentale ? Comment va-t-on faire pour accréditer mieux ? Pour évaluer ? Pour agir contre les syndicats corporatistes qui, dès le moment où on parle d'évaluation, ne veulent plus en entendre parler ?* » etc. Jamais on n'a parlé de la folie.

Cette façon de voir les choses par rapport à la santé mentale, avec une vision individuelle et néo-libérale des choses – le patient devient acteur de sa guérison, le partenaire du thérapeute – c'est ce qu'on appelle la démocratie sanitaire, la transparence. Alors d'un côté, on fait ça, bravo ! Mais en même temps on instaure des systèmes de santé à 2, 3 ou 4 vitesses, comme en France, et j'imagine qu'en Belgique ça doit être un peu la même chose. En France, il y a des gens qui n'ont plus les moyens de se soigner. Donc les deux choses cohabitent. Mais avec une vision comme celle-ci, on arrive à des aberrations ! J'ai rencontré un expert psychiatre devant les tribunaux, qui m'a expliqué que, parfois, des personnes psychotiques sont condamnées devant les Assises ou devant un tribunal parce qu'on leur reproche d'avoir interrompu leur traitement médicamenteux, d'être responsables de l'avoir interrompu, responsables de cet acte. Quiconque a approché une personne psychotique une fois dans sa vie sait que le déni de la pathologie n'est pas quelque chose d'extrêmement rare... On arrive donc à des choses de ce type.

Cela dit, la folie existe toujours ! Et le système doit encore y faire face malgré tout. En France aujourd'hui, il y a à mon sens une double façon de le faire. La première, c'est de faire face au risque. J'étais très intéressé quand Mario Colucci disait tout à l'heure que la loi 180, par rapport à la loi de 1838 en France et de 1904 en Italie, avait évacué la dangerosité.

Trouble mental et dangerosité

Aujourd'hui, en France, c'est l'inverse. Le discours public ne traite de la folie que sous l'angle de la dangerosité, y compris depuis l'affaire de Pau. Il y a quelques mois, à Pau, il y a eu un crime terrible dans un hôpital psychiatrique et là, tous les médias, le discours public, les hommes politiques y sont allés de leur discours : « *fou = dangereux* ». En prenant des mesures aussi. Par exemple, les quelques subsides que le nouveau Ministre de la santé a donné à la psychiatrie récemment,

alors qu'il y a un plan de santé mentale qui n'est absolument pas mis en application, sont des subsides pour recruter des vigiles dans les hôpitaux psychiatriques, pour protéger les éventuelles victimes des fous furieux. En ce moment un projet de loi est en discussion à l'Assemblée nationale et au Sénat, la loi Sarkozy sur la prévention de la délinquance, au cœur de laquelle il y a la dangerosité⁴. Cette loi réintègre avec force l'équation « *fou = dangereux* ». Elle édicte toute une série de mesures permettant au Préfet d'intervenir, de transformer par exemple une hospitalisation libre en hospitalisation sous contrainte. Elle permet une sorte de garde à vue de 72 heures pour, dit-on, affiner les diagnostics, mais aussi pour voir si la situation du malade n'est pas en contradiction avec la sécurité dans la ville. Et le fichier national : tous les gens qui vont être hospitalisés sous contrainte vont être dans un fichier national permanent dans lequel on pourra toujours aller chercher leur curriculum... Il y a donc toute une série de mesures de ce type, qui ont d'ailleurs provoqué une levée de boucliers en France parmi les syndicats de psychiatres et les associations, des atteintes aux libertés terrifiantes et en même temps cette idée qu'il faut revenir à l'asile, finalement. À ce que l'asile avait de plus répressif et de plus anti-liberté.

La deuxième chose, c'est que faire face au risque que représente la folie, c'est aussi faire face à la crise. J'ai assisté à des réunions de réseau dans des quartiers à Paris ou ailleurs où les gens se disaient : « *bon alors, comment intervenir si, dans le quartier, il se passe quelque chose ?* ». La crise perturbe. Elle peut être dangereuse, elle peut être violente. L'une des réponses les plus fortes, depuis pas mal d'années puisque le rapport de Gérard Massé dont je parlais tout à l'heure date de 1993, c'est l'urgence. L'urgence conçue d'une façon totalement médicale, c'est-à-dire l'urgence comme à l'hôpital général. Vous pétez un plomb, on vous emmène à l'hôpital, on ne vous garde pas trop longtemps parce qu'il faut un *turn-over*, comme on dit de nos jours, il faut quand même qu'économiquement ce soit viable ; on vous bourre de médicaments, ce en quoi les industries pharmaceutiques évidemment se frottent les mains et puis, une fois la crise passée, on vous met dehors. C'est ce que les soignants en France appellent « la politique du tourniquet ou de l'éternel retour » : l'urgence conçue comme une réponse immédiate, médicamenteuse et violente à la crise. La question étant qu'à côté de ça se pose le problème de la chronicité, le fait que quand on sort de l'hôpital une fois la crise passée, ce n'est pas pour ça qu'on est guéri. La guérison en psychiatrie, on pourrait en parler longtemps...

Donc comment fait-on pour régler ça ? Au temps de l'asile, on le réglait dans l'asile. On mettait les gens pendant 30 ans dans un asile, quand ils faisaient des crises on leur mettait l'électrochoc, on leur en donnait un petit peu plus ; quand ils n'étaient pas en crise, et bien ma foi ils pouvaient se promener dans les jardins de l'asile, ils ne sortaient pas, tout était réglé... C'était la paix des familles et la paix sociale, en un sens. Aujourd'hui, c'est compliqué : l'hôpital et l'asile existent toujours, sous différentes formes, mais on n'enferme plus les gens comme avant, aussi longtemps, ou alors c'est une minorité.

Le traitement social de la maladie mentale et l'absence de continuité des soins

La réponse que le système tente de donner à cela, c'est la réponse sociale. Vous sortez de l'hôpital et le service public, l'État, la puissance publique se désengagent, parce qu'il y a aussi le problème économique – j'y reviendrai – et on donne ça au social. Pourquoi pas ? Il y a des associations qui font un excellent travail. Mais la question, c'est la question du soin, de la continuité des soins. Est-ce que le corps social est capable de faire face à ça ? Au cours de l'enquête, j'ai vu que dans la réalité, vous avez, en gros, trois solutions à ce niveau-là.

La première, c'est la famille. J'ai enquêté longuement auprès des associations familiales et des familles. La famille paie un tribut terrible en ce moment, du point de vue de la maladie mentale. Ils ont leurs malades chez eux, ils n'ont peu ou pas

de structures pour les aider et il faut qu'ils se débrouillent avec ça. C'est vrai que les associations montent des structures d'accueil. Par exemple, à l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et des Amis des Malades psychiques), ils ont monté un système d'accueil téléphonique avec une équipe de psychologues et, du matin jusqu'au soir, ça n'arrête pas de sonner. Les gens se disent : « où puis-je aller ? Que puis-je faire ? » Donc ils appellent l'UNAFAM, le psychologue tente de les aider, de trouver des solutions, de les mettre en rapport avec le Secteur, etc. Les familles aujourd'hui réclament à la fois autonomie et action, ce qui est tout à fait légitime, et une aide, puisqu'elles sont à l'abandon.

La deuxième réponse objective, c'est l'abandon des malades. Ce qui est logique puisque « *les fous sont les exclus parmi les exclus* ». C'était le titre du journal *La Croix* à propos de mon bouquin. Comment voulez-vous qu'un fou intéresse une société néo-libérale folle, si je puis dire, de compétition et de performance ? Il est au bout de la chaîne. On ne peut même pas le mettre dans un CAT (Centre d'Aide par le Travail) parce que, maintenant, il faut faire du rendement, de la rentabilité, et si le fou pète les plombs en plein milieu de la production, on préfère prendre un handicapé qui a toute sa tête ou au minimum ses mains pour pouvoir être rentable et performant. L'abandon, il suffit de faire une enquête comme je l'ai faite pour le constater. L'abandon, ce sont des malades mentaux qui sont sortis de l'hôpital, qui se trouvent dans des hébergements d'urgence qui ne sont pas destinés à ça, qui sont destinés aux gens de la rue quand il fait froid, qui sont gérés par des associations comme Emmaüs, l'Armée du Salut, le Secours catholique, etc. Les gens s'arrachent les cheveux parce que la moitié des pensionnaires la plupart du temps sont des psychotiques qui ne prennent plus leurs médicaments, qui vont une fois tous les 15 jours au CMP (Centre Médico-Psychologique) pour avoir leurs médicaments, qui se les font voler parfois à la sortie du CMP par d'autres, parce que c'est la jungle, et qui se retrouvent délirants dans des Centres d'hébergement d'urgence dirigés par des gens qui n'ont aucune compétence de ce point de vue. Il y a des morts. Je suis allé dans un Centre d'hébergement d'urgence dans le 18^e où deux psychotiques avaient mis le feu au matelas. On est dans des choses de vie et de mort. On est dans la barbarie, c'est clair et net. C'est la rue. Moi, j'y ai passé 4 mois, j'ai failli y crever, dans la rue. Dans la rue, à Paris aujourd'hui, il y a plus ou moins 10.000 errants dont environ 30% sont des psychotiques. J'ai rencontré le responsable du service psychiatrique de l'hôpital de Nanterre qui reçoit tous les SDF depuis longtemps, les flics et la Régie autonome des Transports Parisiens (RATP) les ramassent la journée et les ramènent le soir à Nanterre. Il disait que dans ces SDF qui ne vont pas bien, il y a 30% de psychotiques et 15% de schizophrènes, alors que l'occurrence dans la population normale est entre 1 et 2%, pas plus. Ça, c'est la réalité constatée par les gens qui travaillent dans le domaine, par les gens de Sainte-Anne qui travaillent sur cette question-là. Je pense à un psychiatre qui n'a rien d'un altermondialiste échevelé mais qui est bien obligé de reconnaître ces chiffres-là... La rue est aujourd'hui une réponse à la question « *que faire des malades mentaux ?* ».

La troisième chose, c'est la prison. Pour vous en convaincre, je vais vous raconter une histoire intéressante. Il y a deux psychiatres, Rouillon et Falissard, qui travaillent dans les Unités de Malades Difficiles (UMD), l'un à Villejuif et l'autre à Créteil. Le Ministère de la santé et le Ministère de la justice leur ont demandé une enquête sur les prisons en France et sur la maladie mentale en prison. J'ai rencontré une Haut fonctionnaire quelque temps après réception de l'enquête. Elle m'a dit : « *quand on a vu les chiffres, ça nous est tombé des mains* ». On parle de 45% de gens qui ont des problèmes psychiatriques dans les prisons françaises aujourd'hui ! En ce moment, il y a une action importante de l'Observatoire International des Prisons (OIP) sur ces questions : ce sont les cellules de 9m² avec 4 personnes dedans, promiscuité, violence, etc. J'ai une amie, Catherine Herszberg, qui vient d'écrire « *Fresnes, histoires de fous* », après avoir passé 4 mois à la prison et dans son unité psychiatrique d'hospitalisation. C'est hallucinant ! Elle a réussi à avoir une bonne page dans *Le*

Monde. Même *Le Monde* a été surpris et choqué par ce qu'elle a raconté. Sur la prison, je voudrais dire un petit mot. On a le débat « *traditionnel* », ancien, sur la responsabilité des malades mentaux. Faut-il les juger ? Pas les juger ? Etc. La grande masse de gens qui se retrouve aujourd'hui en prison, ce n'est pas ceux-là. La grande masse de gens qui s'y retrouve aujourd'hui, c'est les pauvres. Parce que l'une des réponses de la société néo-libérale à la pauvreté et à ce que j'appelle l'inutilité sociale – toute cette masse de gens qui sont de plus en plus exclus, les femmes seules avec des enfants, les chômeurs de longue durée, les jeunes des banlieues sans avenir, à peine lettrés... tout ce que notre société produit, sécrète aujourd'hui –, c'est la prison. Aux Etats-Unis, en 25 ans, le nombre de prisonniers a été multiplié par quatre. Je vous invite à lire un livre de Loïc Wacquant, un sociologue français qui travaille aux Etats-Unis, qui s'appelle « Punir les pauvres », où il explique très bien comment le système libéral a monté tout un aspect pénal et comment on met les pauvres en prison. En France, c'est exactement la même chose. J'ai rencontré par exemple le psychiatre en chef de toute la Région Nord-pas-de-Calais. Chez eux, à chaque fois qu'un prisonnier arrive à la prison, il est reçu par quelqu'un du service psychiatrique. Ils ont 25.000 dossiers depuis 1978. Mêmes chiffres : 40% de dépressifs, 25 ou 30% de psychotiques, etc. Ce qui veut dire qu'on est en train de revenir 200 ans en arrière. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure par rapport à l'Histoire, et combien c'est important d'avoir une vision historique des choses. Parce que la prison en France aujourd'hui, c'est quoi ? Ce n'est même pas l'asile. Ce serait encore mieux si c'était l'asile. Là, on avait au moins l'ambition d'essayer de les soigner. Avec la prison, on est en train de revenir à l'hôpital général de Louis XIV décrit par Michel Foucault. À l'hôpital général dans le Grand Renfermement, il y avait en premier lieu les pauvres : on les retrouve dans la prison. Il y avait les déviants, par exemple les pédophiles, etc. : on les retrouve en prison. Il y avait les fous, tout ce qui était opposant, et on les mettait par lettres de cachet dans l'hôpital général. Aujourd'hui, c'est la comparution immédiate. Je ne sais pas si ça existe en Belgique. J'ai rencontré un jeune psychotique à Cherbourg qui avait un passé d'hôpital terrible : il a fait une connerie un jour dans la rue et il s'est fait ramasser par les flics. Le lendemain matin, il était devant le juge, qui n'était même pas au courant de son passé. Donc il ne savait pas qu'il était schizophrène. En l'espace d'un quart d'heure, il a été condamné à 6 mois de prison et envoyé sur le champ à la maison d'arrêt de Cherbourg, dans une cellule de 9m² avec trois bandits qui l'ont peut-être sodomisé, pardonnez-moi l'expression, mais c'est probable. Voilà la réalité. Ça, c'est les nouvelles lettres de cachet. On arrive à une situation où, finalement, on a 200 ans de recul : la prison aujourd'hui en France, c'est l'hôpital général de Louis XIV.

Dernier aspect, c'est qu'il faut alléger la charge. Il ne faut pas simplement réprimer, maîtriser la folie, il faut alléger la charge. Et alléger la charge, c'est moins de moyens, moins d'infirmiers, moins d'aides-soignants, toutes ces choses que les gens de la profession connaissent, hélas. C'est aussi tout ce qui est réforme de l'hôpital. Par exemple, aujourd'hui, en France, on finance les hôpitaux à partir de ce qu'on appelle une « tarification à l'acte ». C'est-à-dire, je fais une perfusion, si j'en fais 10 dans le mois, on va me donner autant d'argent. Avant, on évaluait les besoins et puis les hôpitaux avaient leurs budgets en fonction. On veut faire la même chose en psychiatrie ! On est en train de le mettre en place. Mais qu'est-ce que vous allez évaluer en psychiatrie ? Ça me rappelle une phrase de Jean Oury, pour encore rajouter à l'optimisme de choses, qui racontait qu'il était dans une assemblée, en train de parler. Au premier rang, il y avait les gens du Château (NDLR : du Pouvoir), du Ministère, costardés, les technocrates-managers. Visiblement, ils s'ennuyaient et se demandaient ce que c'était que ce fou qui racontait n'importe quoi. Alors il leur dit qu'il va leur lire d'autres textes qui vont les intéresser et se met à lire des textes de loi, tirés de « *Homo Sacer* » de Giorgio Agamben. D'un seul coup, ils se réveillent, « *ah enfin ! Ça, c'est intéressant* » et Oury leur dit : « *vous savez de quand datent ces textes de loi ? De 1938. Et vous savez*

de qui ils sont signés ? De Hitler ». Si je cite ça, c'est du Oury, c'est de l'ironie, mais ça montre le danger qu'il y a derrière ces pratiques.

Je vais terminer en vous disant qu'il m'a semblé que ce qui est en train de changer aujourd'hui en France, c'est le regard qu'on porte sur la folie. Là, il y a quelque chose de profond. Sous l'effet de quelles causes ? Parce que pour que tout ça soit possible, il faut que, d'un point de vue idéologique ou théorique, ce soit rendu possible. Je crois qu'il y a plusieurs choses qui rendent ça possible.

La première, c'est la domination quasi exclusive de la psychiatrie biologique. C'est cette idée qu'on va soigner une schizophrénie comme on soigne une hépatite C et que finalement – je caricature – tout ça, ça se passe dans le cerveau, dans le système nerveux, et que quand on aura trouvé tous les médicaments qu'il faut, on aura réglé le problème d'une façon efficace et sans bavures comme les managers aiment que ce soit réglé. J'ai beaucoup réfléchi à ça au cours de l'enquête et je pense que c'est un problème de fond. On est en train de faire du malade mental un objet. Un objet, ça se trie, ça se classe, ça se juge. Il peut y avoir les bons objets, les mauvais objets, les bons malades, les mauvais malades. Il peut y avoir au bout du compte une médecine pour les nobles et une autre pour les ignobles. C'est ça qui est en train de se passer. Et ça, c'est la porte ouverte, la justification théorique, le soubassement, à tout ce qui est en train de se passer aujourd'hui et dont je parlais : l'exclusion, l'abandon, etc. À la limite, il faut bien qu'on ait une explication à ça. Si on en restait à la vision de la folie qu'avaient les désaliénistes, jamais on n'accepterait qu'un psychotique meure dans la rue. Jamais on n'accepterait qu'un psychotique soit enfermé au mitard, dans les pires prisons. Si on l'accepte, c'est que quelque part, d'un point de vue conscient ou plus ou moins inconscient, on a considéré que finalement c'était un objet. Un objet d'étude, un objet de relégation, mais un objet. Et surtout pas une personne. Si on considérait que c'était une personne, on ne tolérerait pas ce qu'on est en train de tolérer aujourd'hui.

La deuxième chose, c'est l'idéologie managériale. Je reviens à ce que disait tout à l'heure Pierangelo Di Vittorio. Je crois que les choses sont combinées : l'efficacité, la gestion... Aujourd'hui, il faut *gérer* des problèmes. La folie est un problème à gérer. La folie n'est pas une question humaine, c'est une question de statistiques, de courbes, d'ordinateurs, de programmes informatiques. C'est un problème à gérer et à régler. Quand Henri Lôo, un des gros pontes de Sainte-Anne, pape de la biopsychiatrie, me dit : « *c'est vrai que les désaliénistes dans le temps avaient réussi à calmer le quartier des agités avant même l'invention des médicaments. Mais là où il faut 6 mois pour calmer un agité sans médicaments, moi il me faut deux heures avec des médicaments, c'est quand même plus efficace* », imaginez-vous que c'est ce qui domine. Peu importe le résultat, peu importe si sur le fond on a réglé les problèmes de la personne ou si on l'a aidée à vivre avec ses problèmes ou pas : on a réglé le problème. L'idéologie managériale, c'est ça.

La troisième, qui me semble aussi importante, c'est le poids énorme de l'industrie pharmaceutique qui étend ses ramifications dans la formation des psychiatres et des infirmiers, qui sponsorise et qui finalement surfe sur l'idée – et en même la renforce – que la maladie mentale peut se soigner comme n'importe quelle maladie somatique à coups de médicaments. Finalement, tout le monde est content et se frotte les mains parce qu'il y a quand même des profits colossaux à faire derrière tout ça.

Je crois que la conjonction de ces trois choses nous amène à une vision qui est finalement conforme à ce qu'est devenue la société d'aujourd'hui si on la compare à celle de 1948 ou de 1950, c'est-à-dire une société dominée par la compétition,

le rendement, le profit immédiat, l'immédiateté, le pragmatisme érigé en valeur suprême. C'est quasiment logique, finalement, qu'on retrouve des malades de nouveau dans des asiles, avec ou sans murs – parce que je considère qu'un psychotique enfermé dans un hôtel d'urgence à Paris, dans une chambre, en train de fumer cigarette sur cigarette, il a emmené l'asile avec lui, les murs invisibles de l'asile sont avec lui. Tout ça est cohérent, finalement. C'est ce que je me suis laissé dire à l'issue de cette enquête.

Dernier point : sur cette vision humaine de la folie, qui avait été développée par des gens comme Basaglia, Bonnafé ou Oury. Je ne suis qu'un journaliste, je n'ai pas de recette à vous donner pour sortir de ce truc. On a parlé de résister ce matin, je pense qu'il faut résister aussi sur le fond. C'est-à-dire que la vision humaine, le regard humain qu'on porte sur la maladie mentale, c'est quelque chose sur lequel on ne peut pas céder. Il faut aller traquer les managers et les performants, où qu'ils se trouvent et quels que soient les masques dont ils s'affublent, dès le moment où ils remettent en cause cette vision-là. Je crois que c'est là-dessus qu'il faut qu'on soit solide et qu'on résiste.



Un intervenant

Lorsque vous parlez de système, qu'entendez-vous précisément ? En vous promenant dans le Secteur en France, est-ce que les groupements, les associations professionnelles et d'usagers ne commencent pas à réagir, à s'insurger contre le système néo-libéral ? Est-ce que vous n'avez pas détecté des pressions de la part des associations pour contrecarrer les décisions politiques ?



Patrick Coupechoux

Le système, c'est la société telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, avec ses objectifs, la façon dont elle gère les affaires de la communauté. Par exemple, on admet aujourd'hui que, parce que les salaires sont trop élevés dans une région, on va fermer l'usine pour aller en Chine. Je ne porte pas de jugement de valeur là-dessus mais je veux dire par là que c'est quelque chose qui est admis aujourd'hui mais n'aurait jamais été admis il y a 15 ou 20 ans. Aujourd'hui, on admet que des gens vivent dans la rue mais ça n'aurait jamais été admis quand j'étais jeune, par exemple. Là-dessus, je pense qu'il y a tout un système qui doit effectivement se reproduire, dont l'objectif finalement est de participer à cette concurrence, d'être présent dans cette guerre économique, avec tout ce qu'il charrie de représentations nouvelles. C'est de cela dont je voulais parler tout à l'heure.

Sur les associations et la façon dont les choses se passent, ce que je vois, c'est qu'il y a, en France en tout cas, une sorte de double mouvement. D'une part, on essaye de faire face aux choses, parce que les choses sont là. On ne fait pas toujours de théorie, on essaye d'y faire face. Les associations de familles, d'usagers, essaient de s'organiser pour aider les gens. Est-ce qu'il y a une prise de conscience par rapport aux questions politiques ? S'il y en a une, elle est quand même encore relativement débutante, je pense. Il y a des questions qui sont posées par rapport aux Organisations Non Gouvernementales (ONG), par rapport aux associations, parce que c'est vrai qu'au bout du compte on est dans une contradiction. J'en ai parlé avec Xavier Emmanuelli, un ancien ministre qui avait créé le SAMU social, et qui me disait que quand on a créé les centres infirmiers pour SDF, il y a beaucoup de médecins qui lui ont dit : « *tu vas créer un système de santé à deux vitesses* ». Et il m'a dit : « *mais oui, ils ont raison. En même temps, si je ne le fais pas, qu'est-ce qu'ils deviennent, les gens dans la rue ?* ». On est toujours dans cette contradiction. C'est vrai que, souvent, l'association joue ce rôle et que

le politique est absent. C'est là la difficulté de la chose et ça conduit à la fois à des réponses immédiates et en même temps à une certaine désespérance.

Autre chose : je suis allé dans une clinique, chez le psychiatre Clery Melin, l'ami de Sarkozy dont je parlais tantôt, dans une de ses trois grandes cliniques, qui se trouve dans la banlieue Ouest parisienne, la banlieue la plus riche. C'est un château magnifique, à Garches... Il doit y avoir 40 patients et 8 psychiatres. Je ne sais pas combien ils paient mais, à mon avis, il faut qu'ils aient une bonne mutuelle. Là où c'est intéressant, c'est que le psychotique pauvre, il ne le prend pas, d'abord parce qu'il est pauvre. Par définition, il ne peut pas payer donc il n'est pas là, la sélection se fait toute seule. Donc, la plupart du temps, il admet que les gens qui sont chez lui sont effectivement des gens riches. Ce sont souvent des maniaco-dépressifs ou des gens dépressifs riches. La Générale de Santé possède 21 cliniques en France, ils font du business avec ça, etc. Evidemment, je suis allé faire un petit tour de ce côté-là et c'était très intéressant de ce point de vue.



Un intervenant

Est-ce qu'il n'y a pas un message de la part de la société ? Quand elle regarde certains dirigeants, certaines personnes-clé qui mettent en place un système qui abuse, est-ce que la société ne leur dit pas « *vous êtes malades* » ?



Patrick Coupechoux

Mon livre s'appelle « Un monde de fous », ce n'est pas un hasard. Parce que je pense que c'est le monde qui est fou.



Un intervenant

Certaines personnes, dans des fonctions-clé, si on les met dans un autre contexte social, par exemple à Schaerbeek, avec des gens percevant une allocation sociale, avec le même discours, je crois qu'elles n'auraient pas d'écoute. À certaines positions-clé dans la société, elles bénéficient d'un soutien matériel, social et financier qui leur permet d'entraîner tout le monde dans cette folie.



Patrick Coupechoux

Une chose m'a frappé pendant l'enquête : c'est que les gens qui mettent en place ce système – la majorité des psychiatres, il ne faut pas se faire d'illusions – ne disent pas : « *on est en train de faire un système inhumain* ». Il y a des bavures, des dysfonctionnements... Ce mot, *dysfonctionnement*, est d'ailleurs un mot de l'idéologie libérale, ils adorent ça ! Pour moi, les malades exclus dans la rue, c'est un fonctionnement, pas un dysfonctionnement. Et eux vous disent que c'est un dysfonctionnement. Il y a quelque chose qui ne colle pas mais ça, on va réparer, on va faire 3 audits... De la même façon quand tout à l'heure je parlais du Secteur, les gens qui sont les tenants de ce discours-là sur les dysfonctionnements, tiennent le langage du Secteur. C'est ça qui m'a frappé : ils parlent de santé mentale. Bonnafé parlait de santé mentale, et bien, ils reprennent un mot de Bonnafé, pour mettre autre chose dessous, mais ils l'emploient. Ils ne sont pas contre le Secteur. Le Secteur, mais bien sûr ! Oh c'est un peu bureaucratique, ça a été fait par les communistes mais bon, on va l'améliorer. Au lieu d'en faire un petit, on va en faire un grand. Alors déjà vous voyez comme vous rapprochez le patient de l'équipe puisque qu'au lieu de faire un Secteur par 70.000 habitants, vous en faites un par 150.000... Mais ce que je veux dire, c'est que tout ça c'est quelque chose qui ne se passe pas dans le discours mais dans la réalité telle qu'elle se fait, en essayant de trouver des solutions pragmatiques aux choses. Dans un quartier où ça ne va pas, on va monter un

réseau : le réseau c'est le commissaire, c'est l'hôpital, c'est le maire, c'est l'association du coin. Au bout du compte, un « *tout santé mentale* » est en train de se mettre en place. On n'est pas dans un régime nazi ou fasciste où les gens disent « *les fous, c'est des sous-hommes* ». Absolument pas. Mais en même temps, le système est en train d'en faire des sous-hommes, sans le dire, silencieusement. C'est vrai pour tout : si on réfléchit un instant aux droits de l'Homme, c'est la même chose. Quand je suis allé à Nice pendant l'enquête, on a fait les maraudes, à Nice, avec les gens de Médecins du monde. À un moment donné on arrive dans un endroit absolument sordide où il y avait des SDF, je ne sais pas, peut-être 80. On était au mois de février ou mars, il faisait froid. C'est une association qui avait monté ce lieu d'accueil et je discute avec le responsable de l'association et je lui dis « *mais vous êtes une association qui n'a pas vocation normalement de faire ça, pourquoi vous le faites ?* ». Et vous savez ce qu'il m'a répondu ? Il m'a répondu : « *parce que la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) – qui dépend du Ministère de la santé dans la région – un jour nous a appelés, comme elle a appelé toutes les associations, et elle a dit : " il faut que vous montiez ce lieu pendant l'hiver parce qu'on ne veut plus un mort dans la rue "* ». Vous voyez ce que ça signifie. On ne veut plus un mort dans la rue, parce qu'un mort dans la rue c'est comme l'asile. Imaginez qu'on garde les grands asiles avec 15.000 personnes, ça ferait désordre aujourd'hui. Même George Bush, je pense qu'il ne le ferait pas. Et on ne veut plus un mort dans la rue parce que les années précédentes, effectivement, il y avait des morts dans la rue. Alors il vaut mieux qu'ils meurent dans des endroits sordides comme ça mais au moins on ne le voit pas. Vous voyez, c'est ça le système. Et après, ça ne va pas empêcher les mêmes gens de tenir des discours sur les droits de l'Homme. Mais où sont les droits de l'Homme quand un psychotique schizophrène délirant meurt dans la rue ou dans un foyer comme ça ? Ils sont où ?



Un intervenant

Vous êtes dans un discours critique : on peut le comprendre et effectivement je le partage avec vous. Mais j'aurais envie qu'on puisse aussi avoir des idées de propositions pour un petit peu faire évoluer cet état de fait tant au niveau de la démocratie qu'au niveau du système de santé, je pense que les deux sont en lien comme vous l'avez bien explicité au début de votre conférence. Et donc par rapport aux soins et à la démocratie, qu'est-ce que vous pourriez nous dire à nous, jeunes générations ?



Un intervenant

Je voudrais souligner une chose que Patrick Coupechoux a dite avec laquelle je suis tout à fait d'accord. Effectivement aujourd'hui, la psychiatrie est vraiment ciblée sur l'urgence. Ça, c'est un problème. Et quand les psychiatres parlent, ils parlent toujours de « *comment on peut faire pour les urgences ?* », « *le problème de la psychiatrie est qu'on n'a pas les moyens pour les urgences* ». Alors, qui travaille en psychiatrie sait bien que le quotidien de la psychiatrie n'est pas l'urgence. L'urgence est un des aspects. Je peux mieux préciser mieux la chose : quelle est la vraie responsabilité politique des psychiatres aujourd'hui ? Comment on peut éviter les urgences, c'est-à-dire qu'est ce qu'on peut faire avant qu'il y ait le déclenchement de la crise ? Ça c'est le problème que le psychiatre ne se pose pas. Le psychiatre dit « *je fais un acte médical quand il y a une urgence donc j'ai besoin de moyens, j'ai besoin de lieux, j'ai besoin de ressources humaines...* ». Alors je me dis : « *aujourd'hui, comment peut-on penser une psychiatrie, une opérativité qui n'est plus ciblée sur l'urgence ni sur toutes les choses qui descendent de l'urgence : la dangerosité, la violence, les moyens... ?* ». Je suis resté étonné après l'affaire de Pau en France, de voir que dans des journaux qui sont de gauche, il y avait des pages et des pages qui parlaient de la peur de la population, de la peur des voisins par rapport à ce qui s'est passé à l'hôpital et personne ne par-

lait de l'histoire, c'est-à-dire de la personne qui avait tué. Aujourd'hui, il faut penser comment éviter les urgences, c'est-à-dire comment on peut faire, comment on peut créer un réseau qui prenne vraiment en charge la personne avant la crise ?



Une intervenante

Mon nom est Jacqueline Goffin. Je voulais dire que ce que j'ai trouvé intéressant dans votre intervention, comme dans toute l'orientation de la journée, c'est l'aspect politique. Mais alors ça veut dire quoi ? D'abord, je veux signaler que les réglementations françaises et italiennes sont effectivement très différentes des belges. Intéressant aussi ce que vous avez dit sur l'importance des équipes, du travail d'équipe. Vous êtes le premier à dire qu'il n'y a pas que les psychiatres qui travaillent mais aussi les travailleurs sociaux et un tas d'autres gens, qu'ils travaillent ou non dans le domaine de la santé mentale, puisqu'on voit les personnes en souffrance partout, dans tous les services. Je vous remercie de l'avoir dit. Sans compter les associations, les associations de patients etc. Si vous avez quelque intérêt pour des questions politiques, je vous signale qu'il y a pour l'instant un projet politique en Belgique de réglementation de santé mentale. On est un groupe à travailler là-dessus, ça s'appelle « la plateforme psy-santé mentale ». C'est intéressant de s'intéresser à la politique. La Belgique ne raisonne pas comme la France par rapport aux questions de politiques de santé mentale. Et sans naïveté – parce qu'il ne faut pas croire que les gens qui sont là-dedans sont toujours naïfs quand ils travaillent avec les politiciens – nous essayons d'œuvrer pour qu'effectivement on ne travaille pas en santé mentale en considérant les gens comme des objets mais comme des sujets et que les politiques de santé mentale en Belgique tiennent compte de ça. Que la santé mentale ne se dirige pas, ne se gère pas comme la médecine. Voilà, c'était une information. Parce que je crois que c'est important aussi que les travailleurs s'intéressent à ces questions-là, qu'ils ne se disent pas que les lois c'est d'autres gens qui font ça.



Patrick Coupechoux

Voilà ce que je crois sincèrement par rapport aux politiques ; il y a des politiques en France, il y a des gens qui font des rapports, qui font des plans de santé mentale, etc. Ça ne change rien, au bout du compte, ça aggrave même les choses. Ce qui m'a semblé le plus important au bout du compte et ce qui fait la complexité des choses – je reviens à la question que vous posiez sur les propositions – c'est qu'au départ j'étais parti en me disant « *est-ce que la folie va être une loupe concernant notre société ?* ». Mais elle l'a été, à la fin de l'enquête, elle l'a été au-delà de tout ce que je pouvais m'imaginer. Pourquoi ? Parce que je pense que la folie reflète ce que notre société est en profondeur. Vous voyez quand on parlait par exemple tout à l'heure des solidarités qui disparaissent, quand on parlait de la concurrence, quand on parlait de la compétition entre les individus, on aurait pu parler aussi de l'argent comme valeur suprême de tout, je veux dire la folie porte ça aujourd'hui. La situation de la folie, elle est le reflet de ça. Ce que je sais, c'est que par exemple en France, on a un patrimoine extraordinaire, celui du désaliénisme, du Secteur, de la psychothérapie institutionnelle. Je pense qu'il faut s'appuyer là-dessus, on a cette chance. Au Québec, où je suis allé il y a quinze jours, ils n'ont pas cette chance-là. Nous bien et il faut s'appuyer là-dessus, cela va sans dire. Sinon, on va retourner à l'asile ou à l'abandon. Mais tout ça est encore un petit peu résistant, un petit peu défensif... Après ça, comme tantôt par rapport au Brésil avec Basaglia, je ne peux pas vous dire pour la Belgique exactement quelles sont les solutions. Mais en dernier ressort, la difficulté, c'est que c'est tout notre fonctionnement social qu'il faudrait interpeller et en faire une affaire politique au sens noble du terme : « *comment on peut vivre ensemble ?* ».

NOTES

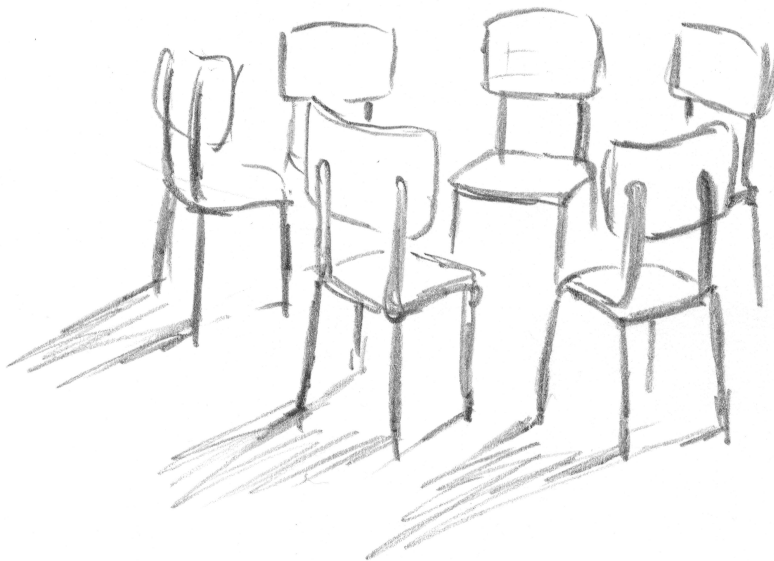
2. *Réseau-Alternative à la psychiatrie* – Collectif international, Paris, Éditions 10/18, n° 1175, 1977.

3. Le « *programme Aktion T4* » est la désignation courante, après la Seconde Guerre mondiale, pour l'assassinat systématique de plus de 100 000 aliénés et handicapés pendant la période du nazisme.

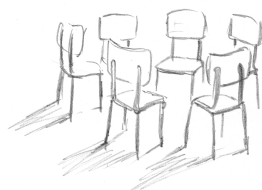
4. Le Ministre de l'Intérieur, N. Sarkozy, a retiré, début février 2007, le volet santé mentale de son projet de loi de prévention de la délinquance qui créait, selon beaucoup, un « amalgame inacceptable » entre troubles mentaux et délinquance.

3

ATELIERS THÉMATIQUES



ATELIERS THÉMATIQUES



ATELIER 1

QUELLES FONCTIONS ET QUELS RÔLES RÉSERVÉS À LA PSYCHIATRIE ET AUX SECTEURS SANTÉ MENTALE ET SOCIAL DANS UN MONDE NÉO-LIBÉRAL ?



Pierre Smet

Le contenu de cet atelier se déclinera à partir de trois questions : la première, c'est « *quelle est cette société dans laquelle nous sommes, quelles sont ces dimensions néo-libérale et biopolitique dont on a parlé ce matin ?* ». La deuxième, c'est « *quelle est aujourd'hui dans la société la place de la psychiatrie et en particulier de la santé mentale ? Comment se situent-elles ? Quel rôle leur fait-on jouer, avec quelles attentes ?* ». Et la troisième question sera « *comment, sur le terrain, des pratiques peuvent-elles se développer par rapport à ce contexte, à ces demandes, et lesquelles ? Est-il encore possible de créer quelque chose ou pas ? Quelles sont vos expériences ?* » Voilà. Ce sont les trois questions qu'on voudrait développer dans cet atelier. Je passe la parole à Francis Martens.



Francis Martens

Bonjour à tout le monde. Dans la pratique clinique, je suis psychanalyste, psychothérapeute, en partie en institution et en partie en privé, mais de formation je suis également anthropologue, avec dès lors une attention particulière portée sur les problèmes de société. C'est d'ailleurs pour cela que je parle le premier ici. On s'est mis d'accord tout à l'heure, Micheline Roelandt, Monique Debauche, Pierre Smet et moi-même. Je vais parler de manière plutôt englobante et générale. Après on s'approchera vraiment des pratiques réelles, plus quotidiennes, puis aussi de leur évolution telle que ces cliniciens l'ont vécue, et la vivent toujours dans leur quotidien.

Notre thème, c'est : « *que demande la société actuelle aux professionnels de la santé mentale en général, aux psychiatres en particulier ?* ». Bien sûr, ce n'est pas une demande explicite de la société, qui d'ailleurs n'est elle-même qu'un pur concept. Ce qu'on appelle la société, ça s'éparpille bien sûr en mille occasions, mille facettes, mille conduites différentes... mais il y a quand même des lignes de force qui font qu'aujourd'hui on n'est plus exactement comme on était avant. En Belgique au 21^e siècle on n'est plus comme on était à Athènes au 5^e siècle, par exemple. La société a changé, même si quand on y est embarqué on a du mal à voir comment ça change et quels sont les moments qualitatifs significatifs. Je vais essayer de cibler quelques-uns de ces moments, qui nous concernent spécifiquement et qui actent le changement dans notre société, puis on pourra bien sûr – c'est l'espérance de cet atelier – parler, converser tous ensemble, y compris avec

les deux invités italiens de ce matin. Ainsi donc, j'irai du plus général au plus particulier.

Tout d'abord, peut-être bien que chacune et chacun ont déjà remarqué que la condition humaine n'est pas de tout repos... Notre mythe d'origine commun à tous les occidentaux, le mythe d'origine judéo-chrétien qu'on appelle la Genèse, en quelques mots extrêmement lapidaires, nous rappelle que notre condition est d'enfanter dans la douleur, travailler à la sueur de son front, tuer son frère par dépit, et tout ce genre de choses. Si on lit bien le mythe, on sait d'emblée qu'on est mal embarqué. Une femme et un homme prévenus en valent plus de deux ... L'anthropologie pour sa part, confirme ce que le mythe originel nous dit de façon lapidaire. Parce que là, pour nous pauvres humains, là où le rapport de l'animal tout court – pas l'animal humain –, là où le rapport de l'animal tout court à son milieu et à ses congénères est régulé par l'instinct de manière plus ou moins équilibrée... chez nous, on ne peut vivre, survivre, qu'avec le secours de ce qu'on appelle une société : plus précisément une culture, ce qu'il n'y a pas chez les animaux. De même que, par définition, il n'y a plus d'instinct chez nous. Il y en a seulement, en la matière, quelques survivances latérales et peu pertinentes. Si on parle de « nature humaine », eh bien la nature humaine, c'est la culture. A ce niveau, la psychanalyse – qui est d'abord une grande théorie anthropologique – nous apprend quelque chose de très intéressant. Freud nous fait voir que ce qui a sans doute le plus précisément remplacé l'instinct, c'est ce qu'on appelle la pulsion. Et en psychanalyse, la pulsion est toujours, par définition, sexuelle. C'est elle qui est à la racine du désir de vivre. Mais malheureusement, la pulsion, toujours par définition, veut tout et tout de suite. Alors que l'être humain, également par définition, est dans une telle fragilité, une telle précarité, dès le début de sa vie, qu'il ne peut survivre par lui-même qu'après quelques années et ce, contrairement aux animaux qui très vite sont auto-portants. Autrement dit, cet être humain tout entier pulsionnel, voulant tout et tout de suite, ne peut subsister en réalité qu'au prix de médiations sociales extrêmement sophistiquées, assurant la survie des uns et des autres. Donc, il y a d'emblée un conflit que Freud, dans « Malaise dans la culture » (1929), a très bien thématiqué : le conflit essentiellement humain et à jamais irréductible entre pulsion d'un côté, culture et civilisation de l'autre. On a besoin des deux. Pas de pulsion, pas de désir de vivre. Pas de médiation, pas de civilisation : tout s'écroule. J'ai dit, de façon très générale, que la nature humaine c'était la culture. On peut ajouter à présent qu'une culture humaine, quelle qu'elle soit – celle d'une toute petite ethnie ou d'une grande civilisation – ce n'est jamais qu'un type de solution – toujours partielle, imparfaite et provisoire – à cet antagonisme douloureux entre pulsion et civilisation. Et c'est là que s'introduit justement la place pour ce qu'on appelle les psychopathologies. « *Psychopathologie* » : on entend « *psycho* », psychisme, là où nous nous sentons vivre et savons plus ou moins qui nous sommes, « *pathos* », là où il s'agit de ressentir et d'éprouver, parfois jusqu'à la souffrance, « *logie* » (de « *logos* », la parole, le sens), la capacité de se demander s'il y a quelque sens à cette souffrance. Et ce sens, bien sûr, ne peut faire abstraction du type de solution à l'antagonisme pulsion / civilisation, concocté et imposé par la culture précise où nous vivons. On pourrait dire qu'il y a certains styles de cultures qui rendent malades peu ou prou, d'une façon ou d'une autre.

Si on cadre les choses comme je viens de le faire, on se dit que forcément dans la souffrance psychique la plus individuelle, dans la psychopathologie la plus solipsiste, qu'on le veuille ou non, quelque chose se dira de la misère collective, des tensions qui sont à l'œuvre dans l'ensemble du champ social. Voilà donc une pétition de principe – essentielle – confirmée bien sûr par toute l'anthropologie. Ici quelques citations rapides. Un mot de Jacques Schotte, psychiatre et psychanalyste (Université Catholique Louvain, Katholieke Universiteit Leuven), que certains ont peut être connu, qui reste un des grands transmetteurs de la psychologie, mais surtout de la psychanalyse en Belgique. Schotte dit que l'être humain, par définition, est quelqu'un qui a droit potentiellement à toutes les formes de pathologies et de psychopathologies

connues, et qu'en contrepartie il a droit à la parole, il a droit au langage. Celui qu'on appelle un malade mental, c'est en réalité celui qui n'arrive à développer, mais de façon très forte, qu'une seule pathologie. Dès lors, les gens qui vont bien, ou relativement pas trop mal, ce sont ceux qui sont capables de « *pathologiser* » un peu de toutes les façons, dans une sorte de kaléidoscope de pathologies, sans en privilégier aucune – ce qui restreindrait énormément leur champ psychique et leur comportement. Voilà donc un regard de Schotte sur la condition humaine que je voulais vous retransmettre. A côté de cela, on peut souligner un dire plus général – faussement banal – de Miguel de Unamuno, un philosophe catalan du début du 20^e siècle : « *L'homme est un animal malade* ». Ce que ponctue plus précisément Sartre, quand il écrit : « *L'homme est un animal dénaturé* ». L'homme, en fait, est malade de ne plus être dans la nature, de ne pas avoir un instinct qui lui permette machinalement de bien fonctionner, de bien se réguler. A tout ceci, on peut encore ajouter une phrase d'Antonin Artaud qui fait mouche, dans son dernier texte « Pour en finir avec le jugement de Dieu », quand il s'écrie – attention ! Mesdames et Messieurs ! – : *l'homme, quand on ne le tient pas, l'homme, est un animal érotique !* Lui aussi, à sa façon – déchirante dans ce message ultime – nous signale que c'est le pulsionnel, le sexuel qui pose question. On peut clore ces citations sur un proverbe wolof (Sénégal) qui rappelle avec sagesse que « *l'homme est le remède de l'homme* »... Mais, en réalité, il n'est pas exorbitant de se demander si l'homme est encore le remède de l'homme... Et si oui, si c'est encore susceptible, au train où vont les choses, de durer longtemps. Il y a beaucoup d'indicateurs, en effet, qui sont relativement inquiétants... Alors, pour prendre la mesure qualitative d'un léger bond dans le temps, voilà deux courts extraits qui montrent comment ce qu'on appelle la souffrance mentale, la maladie mentale, peut être vu de façons très différentes, et que le regard peut radicalement changer en à peine trente ans. Prenons donc l'introduction à l'un des chapitres de ce qui reste un magnifique manuel de psychiatrie : celui de Ey, Bernard et Brisset, paru en 1967 chez Masson. Après cela, je ferai un saut jusqu'au Mini-DSM-IV, en traduction française, paru lui aussi chez Masson, à Paris, en 1996. Alors, que va dire Henry Ey, dans un texte qui est tout sauf banal ? *La psychiatrie, écrit-il, a trouvé son vrai visage, du jour où l'essentiel de la thérapeutique psychiatrique s'est imposé sous forme de technique psychothérapique. Et cela est et reste vrai, quelle que soit l'importance et l'intérêt des méthodes biologiques que nous exposerons plus loin. L'essence même de la psychiatrie, sa raison d'être, l'originalité de sa position dans le cadre des sciences médicales, la spécificité de ses méthodes, c'est en effet l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration. Nous avons indiqué à plusieurs reprises que toute l'activité des psychiatres devant un malade donné est orientée dans le projet psychothérapique d'une compréhension, au sens littéral du terme, qui est vraiment de prendre avec soi - «com-prehendere» [latin] – un homme dont l'esprit est troublé, afin de le réadapter à une vie de relations aussi normale que possible. Si la psychothérapie n'est pas toujours suffisante, elle est toujours nécessaire.* Voilà ce que dit Henri Ey de ce qu'est pour lui la psychiatrie. Vous voyez que c'est conceptuellement très ouvert et humainement riche de perspectives multiples.

Le DSM-IV, lui – en tout cas le Mini-DSM-IV – dans sa préface à l'édition française, due au Docteur Gelfi, en 1996, est plus lapidaire. Il faut se rappeler que le DSM est ce qui a remplacé, dans le monde entier pratiquement, tous les manuels de psychopathologie... en détruisant la notion même de psychopathologie. Alors, que dit donc cet avant-propos ? Et que donne la comparaison avec les propos d'Henri Ey ? Sur le plan conceptuel – si du moins ce terme a, pour lui, encore un sens –, le DSM-IV mentionne la volonté – en principe louable – de se libérer du dualisme corps / esprit et de réenvisager sous un jour nouveau les relations entre troubles mentaux et troubles physiques. Ainsi est-il affirmé «*qu'il n'y a pas de distinction fondamentale à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales*». Autrement dit, les troubles

mentaux sont des maladies comme les autres au sens le plus techno-médical du terme. Lester cette affirmation d'un argument pseudo-philosophique à propos du dualisme corps / esprit vient enrichir le péremptoire de l'affirmation d'une dose de logomachie absolument remarquable. Car il est peu commun d'arriver à une telle concentration en seulement cinq lignes... Mais bon, puisque les maladies mentales sont désormais des maladies «comme les autres», il n'est pas vain de s'interroger sur ce terme faussement banal de «maladie». Vous savez que si le terme, en français, est ambigu, c'est parce qu'il embrasse d'un seul mot beaucoup de réalités. En anglais, si vous voulez dire «maladie», il y a trois termes : « *illness* », « *disease* » et « *sickness* ». On pourrait parler là-dessus pendant des heures, mais je vais au plus général des différences. « *Illness* », c'est la souffrance vécue par quelqu'un qu'on peut appeler une ou un malade. « *Disease* », c'est le substrat physique, biologique, identifié de la maladie, qui en fait une entité nosographique au sens médical du terme. Et « *sickness* » – là c'est très intéressant – c'est la réalité sociale, la représentation collective d'une maladie donnée, et dès lors, pourrait-on dire, sa légitimation sociale. Par exemple, dans certains contextes culturels, la dépression c'est de la fatigue, ou de la faiblesse, ce n'est pas réellement une maladie. Alors que dans d'autres sociétés, elle est identifiée à une maladie au sens fort du terme, et qu'il est donc tout à fait légitime d'être dépressif. Ainsi donc, « *maladie* » c'est tout à la fois : « *illness* », « *disease* », et « *sickness* », même si l'entité nosographique médicale actuelle, avec une dose d'idéologie certaine, fait tout reposer sur «*disease*». A partir de là, en refusant de faire de ce réductionisme notre évangile, on peut se dire que, *stricto sensu*, il n'y a pas de «maladie mentale», que le concept de maladie mentale est, en français, au mieux métaphorique, et plus sûrement idéologique. Pourquoi pas de «maladie mentale» ? Parce que pour toutes ces dites «maladies» – et pour rester dans la logique du Mini-DSM-IV – il y a jusqu'à ce jour une absence persistante de marqueur biochimique, neurologique ou génétique. En réalité, ça n'existe pas, bien qu'il n'y ait de semaine qui ne se passe sans l'annonce plus ou moins triomphale de ce qu'on a enfin découvert le gène du *rongeage* d'ongles, ou de ceci ou cela. Finalement, ça se dégonfle comme des ballons d'anniversaire colorés mais fragiles. La plupart du temps, on n'a fait qu'identifier (en le prenant pour l'Amérique) quelque concomitant physiologique – forcément inévitable – de l'un ou l'autre «*trouble*».

Rapidement, avant de terminer, quelques tendances contemporaines sur le marché de la santé mentale. Vous savez que le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours (Laboratoire d'Etude du Travail et de l'Action, au Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris), que j'imagine vous connaissez par ce livre admirable qui s'appelle « Souffrance en France » (1998), nous dit que la souffrance au travail, due à la crainte des délocalisations et aux pressions terrifiantes qu'on a évoquées tout à l'heure, tend à éroder les solidarités. Les luttes sociales tendent à s'émousser, en grosse part parce que la solidarité collective n'a plus vraiment la cote tant on a peur d'être de la prochaine fournée. On en arrive ainsi au déni de la souffrance du collègue maltraité, avant de se trouver dans le déni de sa propre souffrance... car il faut réellement s'accrocher pour garder sa place — voire même consentir, pour sauver sa peau, à être l'exécuteur de quelques basses oeuvres. Il s'ensuit parfois un véritable clivage psychique qui fait que sur le lieu de travail on nie toute souffrance, on fait le sale boulot s'il le faut, mais dans sa vie personnelle on reste altruiste, attentif, charmant... Tout cela n'est pas sans conséquences psychopathologiques à long terme. Une symptomatologie tout à fait nouvelle, selon Christophe Dejours, fait même son apparition : *le suicide sur le lieu du travail*. Autre tendance côté santé mentale : la montée en force de la dépression. Avec tout d'abord, un petit commentaire sur le DSM. Pour ce manuel, la dépression est un «*trouble*». Ce matin, Patrick Coupechoux s'est révélé trop optimiste en soulignant qu'il n'est pas une année sans qu'une livraison du DSM ne nous apporte une psychopathologie de plus. Car justement, il n'y a plus de psychopathologie dans le DSM. Il n'y a plus que du «*trouble*»

— terme qui ne s'éclaire que trop bien si on le ramène à l'original anglo-américain de « *disorder* ». Il s'agit d'éradiquer d'une façon ou d'une autre ce qui fait désordre, de faire disparaître du champ social ce qui nuit à son bon fonctionnement, d'empêcher le dysfonctionnement des uns de gêner le fonctionnement des autres. Manuel universel de référence ès « *troubles* », progressivement imposé par un coup de force pharmaceutico-économique à la psychiatrie mondiale par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le DSM évacue toute notion de psychopathologie, toute idée même de maladie, au profit d'anomalies sociales à éliminer. C'est ça le DSM. Ça veut dire que, face à un trouble donné, ça n'a pas de sens de s'interroger sur le sens de ce qu'il pourrait renvoyer à l'ordre social en général. Pour le DSM, s'interroger sur le sens n'a tout simplement pas de sens. Ce qu'il faut quand on dysfonctionne, c'est refonctionner, et que les meilleurs gagnent... Ainsi, les vaches sont bien gardées et le néo-libéralisme peut ronronner en paix. Malheureusement, les faits sont têtus et rarement paisibles. Les statistiques les plus basiques ont même parfois un côté impitoyablement provocateur. Que disent-elles, en effet, les statistiques ? Ou plutôt, que disent d'abord les projections épidémiologiques américaines pour 2020 ? Elles disent qu'en 2020, la dépression sera, dans le monde entier, le deuxième facteur d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires... Et que disent, comme en écho, les statistiques françaises les plus récentes ? Elles révèlent que la dépression est corrélée, premièrement avec la solitude (rupture, veuvage, célibat), deuxièmement avec le chômage (lui-même générateur de solitude). En même temps, on annonce, sur le site « Science » du gouvernement français, qu'on vient de trouver sur tel type de souris, tel gène qui fait qu'elle résiste mal au stress dépressiogène qu'on lui impose pour les besoins de l'expérience, mais que des souris qui ont vu ce gène supprimé supportent, elles, sans se déprimer, les avanies qu'on leur fait subir, aussi bien, en réalité, que leurs petites camarades bénéficiant d'antidépresseurs ! Voilà donc un modèle séduisant qui, appliqué à l'homme dans quelques années, fera peut-être de la dépression une histoire ancienne. On ne va pas jusqu'à dire qu'on a presque réussi à supprimer le gène du chômage chez la souris, mais c'est tout comme... Autre chose, dont je ne puis parler en détail mais qu'il vaudrait la peine d'évoquer à loisir, c'est l'essor exponentiel, en Europe comme aux Etats-Unis, de la Rilatine (en France, Ritaline) – phénomène de société qui délègue à une molécule de la classe des amphétamines (le méthylphénidate) le soin de brider des pulsions que l'absence de contenant culturel laisse s'échapper durant les heures de classe.

Pour conclure d'un mot, « *résister* », dans le champ de la santé mentale, c'est aujourd'hui ne pas se résigner à cette obligation machinale, d'ordre purement économique-administratif, de tout cartographier en DSM. C'est ne pas nier que les molécules peuvent apporter un soulagement quelquefois déterminant, mais c'est ne pas confondre pour autant cet aspect des choses avec le fait que la dépression serait dès lors cette maladie soulagée par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, etc. C'est ne pas céder sur le fait qu'il n'y a pas de « *maladies mentales* » mais bien plutôt des souffrances psychiques, et toutes sortes de façons individuelles, aiguës ou chroniques, psychotiques ou addictives, d'aller mal dans une société donnée. Même si quelque facteur génétique nous rend moins résistants au stress, il n'empêche que notre mal-être individuel traduit toujours quelque chose de la misère collective. Notre mission politique, c'est tout d'abord de répercuter ce type de message, enlisé dans le symptôme individuel et occulté par les intérêts particuliers, vers tous ceux qui ont souci de l'ensemble du corps social.

Une dernière remarque. Si l'espace politique est ambigu, et que les batailles n'y sont jamais tout à fait gagnées, il y a en Belgique ces temps-ci une bonne nouvelle. Pour la première fois, un projet de loi (le projet Demotte sur l'exercice des professions de la santé mentale) définit, en matière de santé mentale, un champ autonome, différent du circuit technomédical. Dans ce texte, le monde de la santé mentale se voit reconnaître le droit à des évaluations, des circuits de forma-

tion et une organisation spécifiques. Si le projet passe, un psychothérapeute, un psychanalyste ou un psychiatre, ne sera plus évalué comme un dentiste ou un pneumologue. Voilà une petite avancée, allant dans le sens de la réflexion et de l'écoute, plutôt que de l'élimination des troubles et des trublions. Je passe maintenant la parole à Micheline Roelandt.



Micheline Roelandt

Je suis psychiatre et j'ai également une licence en criminologie. Je vais être extrêmement brève en essayant de répondre très précisément à la question posée dans cet atelier. « *Quelle est la fonction de la psychiatrie ? Quelle est sa fonction anno 2006 ?* ». Je pense qu'on attribue depuis toujours une fonction régulatrice à la psychiatrie. En corollaire, postulons que la psychiatrie critique peut jouer un rôle de révélateur des problèmes de société. Ce rôle de révélateur figure d'ailleurs tant dans le décret sur les Centres de santé mentale de la Commission Communautaire Française que dans l'ordonnance de la Commission Communautaire Commune, où l'on considère qu'un Service de santé mentale est censé non seulement être attentif aux problèmes sociaux de la clientèle de la région qu'il dessert, mais aussi être amené à prévenir les responsables politiques de l'existence ou de la survenance de problèmes sociaux qui pourraient contribuer à la détérioration de la santé mentale de la population. C'est une mission que nous rencontrons aujourd'hui. Votre participation à ce colloque prouve que vous vous intéressez à « *que devient la psychiatrie dans cette société néo-libérale ?* », mais également que les organisateurs de cette journée ont particulièrement bien compris qu'il existe un rapport immédiat entre le système économique et politique dans lequel nous vivons et l'organisation des soins en psychiatrie, tout comme il existe un rapport entre le type de société dans laquelle nous vivons et la santé mentale de la population.

Dans les années 70, ces fameuses années de tous les possibles, j'avais plutôt la sensation, comme psychiatre, jeune psychiatre à l'époque, qu'il était important de motiver les patients, tant ceux qui étaient hospitalisés en psychiatrie – j'ai travaillé longtemps dans un hôpital – que ceux qui venaient consulter, à se faire entendre. Plusieurs professionnels de l'époque ont d'ailleurs contribué, autant que faire se peut, à la création d'une série d'organisations d'auto-support de patients traités en psychiatrie. Il nous semblait évident qu'il fallait que les personnes psychiatisées se réunissent pour formuler leurs revendications et les faire entendre, et pour exiger effectivement des différents services sociaux, qu'on leur vienne en aide là où ils en ressentaient le besoin. Je viens de dire à Francis Martens, que j'avais l'impression que les patients de l'époque étaient aptes à se débrouiller dans les dédales des services administratifs sociaux, ou socio-administratifs, et que souvent c'était eux qui m'expliquaient comment il fallait procéder pour régler tel ou tel problème pour améliorer leurs revenus, pour leur ouvrir le droit à une pension d'handicapé cumulable avec un salaire en atelier protégé. En d'autres termes, il me semblait qu'ils avaient un *savoir* administratif et social que je ne possédais pas.

Est-ce l'âge qui fait que j'ai l'impression que j'en sais beaucoup plus qu'eux pour l'instant ? Où les gens qui viennent me consulter actuellement sont-ils moins bien informés de leurs droits ? Moins informés des risques qu'il courent dans ce procès permanent de Kafka... Je ne sais pas, mais j'ai l'impression, qu'actuellement, la population qui me consulte est moins armée pour faire face à la machine administrative, qui elle me donne parfois le sentiment de s'être spécialisée dans l'art d'exclure. Il suffit d'envoyer un certificat avec 48 heures de retard pour que ça ait des répercussions. Il suffit de ne pas avoir rempli l'incapacité de travail sur le bon papier pour qu'elle ne soit pas reconnue. Il suffit très vite de ne pas avoir obtempéré à une invitation de l'Office Régional Bruxellois de l'Emploi (ORBEm) pour courir le risque d'être rayé des bénéfices des allocations de chômage. Manifestement, cet appareil social qui était censé être à la disposition des citoyens pour défendre leurs intérêts semble avoir oublié l'objet social qui a prévalu à sa création. Alors, autant j'avais tendance dans les

années 70 à soutenir les patients pour qu'ils osent revendiquer leurs droits, autant j'ai l'impression que mon rôle actuel consiste à les protéger de toutes les catastrophes sociales qui peuvent leur tomber sur la tête... J'essaye, autant que faire se peut, que les gens qui me consultent ne se mettent pas dans des situations trop difficiles, trop précaires, dans des situations sociales dans lesquelles ils risquent de payer le prix fort pour les petites choses qu'ils n'auraient pas faites ou qu'ils auraient mal faites. Et je me retrouve très régulièrement dans une position qui se situe entre le maternage, la guidance, le travail social et qui consiste avant tout à aider des gens à ne pas trop se casser la gueule, à rester à l'abri, de ce côté-ci de la barrière, c'est-à-dire à ne pas tomber du fil pour plonger dans cet abîme dans lequel s'agglutinent tous ceux que la société a décidé d'abandonner. Moi, je n'ai pas grand-chose d'autre à dire, sauf peut-être que je passe une grosse partie de mon temps de travail à rédiger des certificats, à faire des rapports, à aider des gens à passer du chômage au statut d'handicapé, des choses que je n'aurais jamais faites il y a trente ans. J'ai réellement l'impression qu'en laissant certains de mes patients bénéficier du chômage, dont ils ne sortiront jamais, en ne réglant pas leur situation de façon à éviter leur confrontation à l'une ou l'autre inspection et l'exclusion qui pourrait s'en suivre, en ne leur permettant pas de bénéficier d'un statut d'handicapé, qui est moins facilement retiré, je prendrais le risque de les voir se confronter à des difficultés incommensurables. Si j'ai appelé à la résistance ce matin, c'est bien de la nôtre que je parlais et non plus d'une résistance qui ferait payer le prix fort à ceux qui sont le plus démunis.

Je conclurai donc en disant qu'il me faut bien constater qu'en tant que « psy », ma fonction se limite de plus en plus souvent à mettre des emplâtres sur les jambes de bois que crée notre société néo-capitaliste pour bon nombre de ces dits citoyens. Je passe la parole à Monique Debauche.



Monique Debauche

Je suis psychiatre et je travaille à la Free Clinic à Ixelles. C'est à moi que revient le privilège, dans cet atelier, d'essayer de mettre une lueur d'espoir. Et je vais m'y employer. Moi, ce que j'ai entendu ce matin, pour revenir à la question de départ qui est : « *quel est le rôle et quelle est la fonction du psychiatre dans la société où nous sommes ?* », c'est que les psychiatres n'ont plus le pouvoir. Et je me dis que c'est une bonne chose. Enfin, en tout cas dans le champ de la santé mentale.

Je voulais revenir à ce que Basaglia appelait l'antipsychiatre : antipsychiatre comme *antispecialiste*, pour reprendre ce que j'ai vu dans l'excellent livre des deux collègues italiens ici présents. Comment poursuivre le projet de Basaglia ? Comment organiser la participation démocratique aux questions qui sont posées à la psychiatrie ? Comment formaliser la négociation sans fin ? Pour donner un exemple très contemporain, ce sont les enfants hyperkynétiques qui reçoivent effectivement de la Ritaline, comme le disait Francis Martens. Est-ce que c'est vraiment cela qu'on veut faire avec notre argent ? On peut décider que c'est cela. On peut aussi décider qu'on fait autre chose avec l'argent dépensé pour la Ritaline. On peut aussi décider qu'on fait d'autres choix collectifs, mais pour cela il faut ouvrir le débat aux non psychiatres et aux non spécialistes. Donc quel est le rôle du psychiatre ? Le rôle du psychiatre, c'est d'abord de dénoncer. Dénoncer ce qu'on voit. Dénoncer la crise sociale à laquelle on assiste. « *Sortir la psychiatrie des griffes des médecins* », comme disait Patrick Coupechoux ce matin. Critiquer le pseudo-savoir scientifique. Enfin, être vraiment intraitable sur ce qu'on nous propose comme nouvelle science qui est actuellement comparable à la phrénologie du 19^e siècle. Je ne sais pas si quelqu'un se souvient de la bosse des maths et de toutes sortes de bosses qui nous permettaient de voir notre identité à travers notre crâne. Faire un aveu d'impuissance sur certaines questions. La psychiatrie et la santé mentale n'ont pas réponse à

tout. Donc il faut vraiment déclarer notre impuissance. Et ouvrir les lieux de débat. Il y a des lieux de débat qui doivent être ouverts aux usagers de soins, qui doivent être ouverts aux enseignants, ouverts à d'autres acteurs de la société.

Alors quels sont les points forts pour le moment ? Car je trouve qu'il y a quand même des points positifs dans ce à quoi on assiste. C'est l'ouverture récente des sciences humaines sur la santé mentale. C'est l'apparition de séminaires d'histoire de la psychiatrie, d'histoire des pratiques en santé mentale. C'est la sociologie : les travaux d'Ehrenberg à Paris, mais j' imagine qu'il y en a d'autres. Il y a d'autres secteurs qui viennent au secours des praticiens de la santé mentale, et ça c'est quand même des choses intéressantes et qui peuvent nous aider. Je pense aussi que la Belgique est un petit pays et donc on n'est pas dans la situation de la France comme on le disait ce matin. Donc, l'accès aux politiques, la possibilité d'éduquer les politiques nous appartient. On a la possibilité de leur parler et, de temps en temps, ils accueillent très favorablement ce qu'on a à leur dire. La Belgique aussi est un pays qui est très ouvert sur les pratiques internationales. C'est peut-être aussi une différence. On peut prendre comme modèle ce qui se passe aux Etats-Unis ou en Angleterre en matière d'activisme.

Pour les points négatifs... J'entendais aussi dire ce matin que la Belgique était pépère, peu créative. Moi, je voulais quand même rendre hommage à ceux qui nous ont précédés, à Micheline Roelandt, à Jean Vermeylen, à des gens qui ont quand même fait que la Belgique a suivi le mouvement de la psychiatrie. La Belgique n'est pas restée sans rien faire : différentes étapes, dont on a parlé, ont été franchies, comme par exemple la Ligue Anti-Prohibitionniste. Il y a quand même des gens qui ont beaucoup travaillé. Ce que je sens maintenant, c'est que cette génération-là est fatiguée. Quand je propose au Conseil d'Administration de la Free Clinic une démarche collective, on me dit : « *oui mais on déjà fait ça. Avec quoi tu viens ? C'est des vieilles histoires* ». Il y a une usure. Il y a une usure face à l'idéologie et face à des choses qui auraient déjà été faites. Mais il faut les refaire ! Les problèmes se reposent toujours de la même façon, donc les solutions sont toujours à ramener de la même façon. Et il faut, sans séduire notre pouvoir politique, lui donner des outils simples. Il faut adapter notre discours à cette logique managériale et dire des choses pragmatiques, des choses qui sont audibles, quitte à donner à l'autre camp la charge de complexifier les choses et, à nous, de revenir de temps en temps à des choses simples. Je voulais donc ouvrir le débat sur les expériences de travail collectif qui font intervenir autre chose que les intervenants psychiatriques. Quelles sont-elles ? Quelles en sont les limites ? Quelles sont les améliorations qu'on peut trouver ? Quels sont vos espoirs ?



Une intervenante

Mon nom est Isabelle Brandon, je suis juge de paix à Bruxelles. En Belgique, je suis l'un des juges chargés de faire les mises en observation des malades mentaux sur base de la loi de protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990. Cela fait 15 ans que je pratique cette loi et je voudrais faire part de mes réflexions personnelles à partir d'une question très spécifique, parce que je pense qu'elle est emblématique de tout le problème traité ici. Ce qui m'a toujours le plus impressionnée, au-delà de cette espèce de gestion quotidienne du système que nous avons tous, je pense, l'impression de pratiquer plus ou moins pour que ça ne s'aggrave pas, ce sont les psychotiques. En général, ce sont les personnes psychotiques qui continuent à dire, envers et contre tout, « *mais je n'ai rien à faire ici ! Qu'est-ce que vous me voulez ? Je ne suis pas malade !* ». Ça m'impressionne énormément parce que je me suis toujours demandé au nom de quoi – sur le plan éthique pour moi c'est un problème majeur – vient-on embêter quelqu'un avec des soins dont il ne veut pas ? Parce qu'il ne se sent pas malade et qu'il tient un discours où il continue à résister, encore et toujours et pendant des an-

nées à l' « envahisseur » – je caricature ici – en continuant à dire : « *je ne veux pas mes médicaments ! Je ne veux pas me soigner ! Je ne suis pas malade ! Et dès que je sors d'ici, je disparaîs de la circulation et je ne me soigne pas.* ». Alors, je voudrais attirer l'attention des intervenants italiens parce que les conditions de la loi italienne pour une hospitalisation sous contrainte sont différentes des conditions belges sur un point : en Belgique, on exige que la personne constitue une menace grave pour sa vie ou sa sécurité, ou pour la sécurité d'autrui. Il y a donc cette condition de dangerosité. Personnellement, je me trouve bien avec cette condition, parce que c'est l'existence ou la non-existence de cette condition-là qui m'a permis, un certain nombre de fois, à ma grande satisfaction personnelle et souvent contre l'avis des médecins, de lever une mesure en disant : « *d'accord, cette personne débloque, cette personne ne veut pas des soins, elle dit qu'elle n'est pas malade, où est la dangerosité ? Il n'y en a pas ? Je lève la mesure.* ». Et on renvoie cette personne, sujet de droit et sujet tout court, à sa vie. « *Je ne suis pas malade, foutez-moi la paix !* ». Je pense que c'est sur ce droit au refus de consentir aux soins qu'on marque réellement un point. Ce droit a d'ailleurs été reconnu dans la loi de 2002 relative aux droits du patient. C'est quelque chose d'extrêmement important à dire. A mon avis, ça ne remet pas seulement en question les pratiques de la psychiatrie, l'ensemble des pratiques sociales – on veut votre bien, n'est ce pas ? A votre place. Parce qu'on sait mieux que vous ce qui est bon pour vous – mais ça vise aussi la médecine en général. Parce que la médecine du corps est souvent particulièrement peu respectueuse du sujet. Un gastroentérologue a aussi à faire avec un sujet. Il n'a pas à faire qu'avec un estomac. Moi, je pense que toute cette question de la place du sujet ne se pose pas uniquement en psychiatrie. Au cours de la journée, j'ai entendu beaucoup d'interventions où l'on oppose les deux. Mais, nom d'une pipe, la médecine du corps aussi pose la question du sujet, et pas qu'un peu ! Donc, moi je voudrais vraiment ouvrir le sujet là-dessus : qu'est ce que c'est cette maladie dont le principal intéressé ne sait rien ? Et au nom de quoi prétend-t-on le soigner lui ? Voilà, pour moi c'est vraiment la question éthique majeure.



Un intervenant

Je me permets d'intervenir en relative contradiction momentanée avec Madame la juge. Je me présente, Jules Dechêne, président de Similes Wallonie. Similes est une association d'aide aux parents de gens qui souffrent de troubles psychiques et également d'aide aux malades. Nous avons, pour le moment, pas mal d'activités qui vont dans le sens de collaborations avec des associations de patients, dans un esprit qui est le leur. Mais mon expérience de père d'un garçon qui a souffert de schizophrénie, et qui va très bien pour l'instant, mais qui est passé six fois en hôpital et trois fois en prison avant cela, mon expérience de parent qui écoute d'autres parents qui souffrent et se posent pas mal de questions, fait que je dois absolument, après vous avoir entendu, témoigner d'une plainte générale. « *Si au moins les juges respectaient la loi* », qui, à ma connaissance, leur impose de s'entourer de toute l'information avant de prendre une décision... Or, notre expérience à nous, c'est que nous ne sommes pas entendus. Et que certains juges, qui relâchent un patient que l'entourage a mis des mois à amener enfin en mise en observation, provoquent de véritables catastrophes au niveau familial et même au niveau de la santé – physique et mentale – d'un groupe familial. Parce qu'il faut savoir ce qui se passe dans un milieu de proximité d'un malade quand il est en crise. Ce n'est pas seulement la casse du mobilier, ce n'est pas seulement des dépenses extraordinaires qui sont entraînées pour la famille, c'est aussi tout un jeu qui se met en place entre différents membres de la famille qui prennent position. C'est une difficulté familiale extraordinaire. Quand un psychiatre, qui connaît bien son métier bien sûr, mais qui ne connaît pas l'entourage du malade, prend une décision, c'est déjà quelque chose que nous contestons. Mais quand un juge, avec l'avocat de la personne, souvent pro deo, qui sort de l'école avec, comme moi, une idée très théorique des droits de l'Homme – parce que je suis un grand partisan, bien sûr de cette défense des droits de

l'Homme – prend la décision, aide à ce qu'une décision se prenne, de retrait de la mise en observation, ça a été des tas de fois catastrophique. Les bulletins mensuels que nous publions après les groupes de parole relatent des dizaines de situations catastrophiques. Je vous respecte parfaitement dans votre prise de position mais il faut quand même entendre, je pense, ce que je viens de dire ici.



La Juge

C'est la condition de dangerosité. Il est clair que, pour quelqu'un qui a tout cassé, la question ne se pose pas. Il y a une dangerosité.



Le même intervenant

Mais comment savez-vous qu'il a tout cassé ?



La Juge

Parce qu'on sait.



Le même intervenant

Ah non. On s'est déjà retrouvés, nous autres, avec des parents qui étaient emmenés à l'hôpital une fois le fils libéré. Les parents malades sont restés un mois à l'hôpital parce que la maison était cassée et le fils en avait pris possession. Alors là... c'est à Bruxelles que ça c'est passé.



Une intervenante

Je m'appelle Michèle Caucheteux. Je suis parente d'un fils que je n'ai envie d'appeler ni schizophrène, ni maniaco-dépressif, ni quoi que ce soit. J'ai donc vécu un peu ce dont on parle ici. C'est-à-dire des horreurs, aussi bien au niveau de « comment on réagit en famille » que de « comment on réagit en institution psychiatrique ». J'ai donc une certaine expérience dans le domaine en tant que parent. Ça fait cinq ans que ça dure, ou que ça a duré plutôt, une fois par an. Avec ce que j'appelle maintenant un problème de troubles, ou de bouffées délirantes, appelons cela comme ça, qui se sont résolus en diminuto, je dirais. Je n'affirme pas encore tout à fait, mais de plus en plus, que c'est parce que je me suis battue comme une enragée pour essayer qu'il n'aille pas en hôpital, pour contrer les mises en observation qui effectivement se passent sans consentement. Mon fils est scientifique et physicien. Il connaît donc très bien l'impact des neuroleptiques et de tout ça, et refusait catégoriquement toute cette histoire. C'est un patient, qui, comme la juge l'a dit, ne voulait rien. On soigne des gens qui ne veulent pas être soignés, qui n'ont rien. Mais avec le recul, je me dis, nom d'un chien, heureusement qu'il n'y a plus eu de médicaments, heureusement qu'on a évité les horreurs qu'il a connues, être piqué de force, attaché, etc. Heureusement que maintenant il s'en sort. Il fait un Diplôme d'Etudes Approfondie (DEA) ou de licence ou je ne sais quoi à Marseille, où il est parti, parce qu'évidemment ici on sait et là-bas personne ne sait rien. C'est une tête en France. Et voilà, tout va bien depuis deux ans. Je pense que c'est vraiment grâce au fait que j'ai essayé de le sortir de toute cette horreur et que j'ai un peu contré la médication. C'est terrible que les gens soient complètement calés dans leur histoire de médication, parce qu'évidemment la psychiatrie a peu de moyens, mais même quand ils ne le sont pas, il n'y a pas assez de personnel.

Donc je ne suis pas d'accord du tout sur la dangerosité. Je pense qu'il y a très peu de dangerosité, même si peux témoigner de moments où vraiment je ne savais pas quoi faire du tout. Et c'était épouvantable. Je pense que la dangerosité vient du fait qu'on s'énerve, qu'on ne sait pas comment réagir et qu'il n'y a pas de structures d'antipsychiatrie, pas d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique, d'anti-psychiatrie. J'ai entendu parler de Trieste, des années 70, tout ce qui n'existe plus, de ce rêve. Moi, pendant ces cinq ans, chaque fois qu'il y avait une crise, une fois par an, j'ai rêvé de Centres de crise avec une parole permanente. Ça se passe au Québec. On a d'ailleurs créé un groupe, La Graine, pour voir entre autres si une telle formule était possible ici. Voilà, je rêve de ça comme solution. Mais bon, il n'y a pas les moyens financiers... Je voulais juste relever le fait que j'entends très bien ce que vous dites au niveau de : « *pourquoi soigne-t-on des gens qui ne veulent pas être soignés et qui n'ont rien* » ? Je pense que là c'est très ambigu, parce qu'effectivement, il y a une souffrance qui se passe. Et que ça fout la merde. Mais je pense qu'il faut relativiser cette histoire-là et que la dangerosité, c'est à cause de notre société, c'est à cause de ce qu'on en fait. La psychiatrie est terriblement dangereuse et terriblement violente. Il y a des endroits où ça se passe heureusement beaucoup mieux. J'ai eu affaire à plusieurs hôpitaux où c'est vraiment génial, sauf qu'il y a trop peu de moyens. J'attends une psychiatrie non-violente. Bon, j'ai beaucoup de choses à dire mais je terminerai par quelque chose qui m'a interpellée : « *on n'oblige pas les gens à être en psychanalyse ou en thérapie, parce qu'il faut qu'ils y aillent tout seuls* ». Mon fils est quand même encore un peu dans le déni par rapport à cette histoire, il se protège : « *non, non je ne suis pas fou. Je n'ai pas été fou, etc.* ». Là-bas en France, d'abord personne n'en sait rien et le voit comme quelqu'un de... soit. Je pose la question encore et toujours : d'un côté, on ne peut pas forcer les gens à aller dans des univers psys, en psychanalyse ou en thérapie – je dis forcer puisque la maison dont je rêve n'existe pas encore ici – mais de l'autre, on peut les attacher de force et les piquer de force en psychiatrie. Là je pige pas. Voilà. L'obligation de soins...



Pierangelo Di Vittorio

Je voudrais dire qu'on a entendu deux affirmations que j'appellerais *dramatiques*. Dramatiques, parce qu'elles proviennent du vécu d'opérateurs différents, qui essaient de tisser un lien avec les gens, les patients notamment. Dramatiques justement parce que ces opérateurs sont impliqués dans les problèmes dont ils parlent. La première affirmation provient d'une psychiatre qui nous a dit qu'elle préfère finalement faire passer les patients d'un statut de chômeur à un statut de handicapé, parce qu'aujourd'hui le handicap, ce statut-là, donne davantage de garanties au patient. Donc, vous voyez, une psychiatre, qui a fondé une initiative comme l'Autre « lieu », qui a fait tout un travail depuis des années pour une qualification des patients, ou en tout cas pour une qualification à la fois comme sujet souffrant et comme sujet de droit, se trouve à faire comme une contre-démarche parce qu'elle se rend compte, avec une attitude réaliste, qu'aujourd'hui ce qui paye le plus, ce qui donne le plus de sécurité pour avoir des droits, c'est le statut d'handicapé et pas le statut de chômeur. Alors la chose encore plus dramatique est que cette affirmation rentre immédiatement en contradiction avec l'autre affirmation de l'opérateur-juge, qui décide de la mise en observation et qui nous dit : « *je préfère une loi dans laquelle il y a la notion de dangerosité* ». C'est à dire une loi basée sur un statut d'exception, qui est la négation des garanties universalistes du droit formel, etc... parce que c'est cet outil de la dangerosité qui nous permet concrètement, tous les jours...



La juge

Non, pas tous les jours.



Pierangelo Di Vittorio

Non, bon, quand c'est possible.



La juge

C'est rare quand même.



Pierangelo Di Vittorio

D'accord, quand c'est le cas, ça permet de donner au patient la possibilité d'exprimer un droit « radical »... Bon, je ne vais pas ouvrir une discussion sur le droit à ne pas être soigné, car il faudrait ouvrir aussi tout le discours sur le droit au suicide, par exemple, parce qu'on n'en est pas loin. Mais je ne vais pas parler de ça. En tout cas, pour reconnaître parfois un droit radical, comme le droit à ne pas être reconnu comme malade, comme handicapé, comme porteur d'un déficit quelconque, d'un dysfonctionnement, Madame la juge dit qu'heureusement, en quelque sorte, il y a dans cette loi cette ombre qu'est la notion de dangerosité. Je trouve que ces deux affirmations sont dramatiques en elles-mêmes, et c'est encore plus dramatique qu'elles rentrent en contradiction. D'une part, l'affirmation de la juge Isabelle Brandon : c'est l'existence d'une « *loi d'exception* » dans laquelle est inscrite la notion de dangerosité qui paradoxalement offre la chance à certaines personnes, lorsqu'elles ne sont pas jugées dangereuses, de rester des citoyens à part entière sans tomber sous le coup d'un statut de malade mental protégé ; d'autre part, l'affirmation de la psychiatre Micheline Roelandt : pour certaines personnes, il vaut mieux assumer le statut particulier d'handicapé (mental) afin de garder un revenu que les droits généraux malmenés – chômage indemnisé – ne garantissent plus comme avant. Bon, je ne sais pas si ça donne une idée de la complexité de la situation à laquelle nous avons affaire.

J'ai dit dramatique parce que c'est comme ça que je le ressens. Je vous donne un exemple. Ce sont des travaux sociologiques qu'on a fait en Seine-Saint-Denis, la banlieue qui a commencé à brûler fin 2005 et qui a entamé toute l'insurrection, disons, des banlieues en France. Une enquête a été faite sur des populations défavorisées. C'étaient des gens en détresse, des pauvres, des très pauvres, qui n'avaient pas l'argent pour, vraiment, arriver à la fin de la semaine, la fin du mois. Et après, une autre, avec des populations immigrées en situation irrégulière et qui essayaient d'avoir accès à un permis de séjour. Vous voyez la scène socio-politique : d'un côté, des gens qui voudraient avoir accès au droit à la nourriture, à un toit ou une maison et, de l'autre, des gens immigrés qui essayent d'avoir accès à la carte de séjour. Alors, cette enquête a montré une chose précise, et qui est vraiment le noyau de ce drame, que j'ai évoqué tantôt, à travers la double affirmation que j'ai entendue : on a mis en place un système de demandes à l'administration qui ressemble beaucoup au système des suppliques – ce matin on évoquait les lettres de cachet... L'administration, la préfecture, ont mis en place un système où il faut exposer les raisons, les bonnes raisons, pour lesquelles une personne plutôt qu'une autre devrait avoir accès à un peu plus d'argent, et une personne plutôt qu'une autre devrait avoir accès à la carte de séjour. Et finalement, c'est le grand théâtre de la souffrance. Plus on est handicapé ou plus on est malade, plus on est un superman de la survie. C'est ça la chose très dure, mais qu'il faut se dire. Pas pour tout le monde, parce qu'après il y a le vrai superman, celui qui vole au-dessus de nos têtes. Non, je parle des gens ordinaires qui doivent se battre individuellement dans ce marché sauvage, ce nouvel état de la nature où il faut justement faire la guerre pour survivre – voyez l'importance des reality-shows qui sont en train de cultiver cette forme-là de subjectivation, cette forme de vie néo-libérale. Et bien dans ce mar-

ché, pour être un peu super, pour être un peu au-dessus des autres, il faut montrer qu'on est moins. Qu'on est des handicapés, qu'on est des malades, qu'on est des victimes. Et en effet, si un immigré démontre qu'il est malade, gravement malade, il a droit non seulement à une carte de séjour, mais aussi à un travail, par exemple. C'est la raison humanitaire. Voyez qu'il y a toute une sélection, mais c'est une sélection qui passe par l'exposition de ce qui est « down » dans la vie, pas de ce qui est « up ». Il faut être sous doué, à un certain niveau, pour avoir des droits. Ça c'est effectivement la forme de subjectivation que nous propose le néo-libéralisme. Une subjectivation où, à tout niveau, il faut se disqualifier d'un point de vue éthique et politique. Il faut se présenter dans ce marché comme des embryons. En Italie, on a dit qu'il fallait donner des droits aux embryons, mais on n'a pas remarqué ou on n'a pas voulu remarquer qu'aujourd'hui il faut être de plus en plus des embryons pour avoir des droits. Moins on est des personnes avec une histoire, moins on est des personnes avec une subjectivité en termes de droits, moins on est des personnes qui arrivent à faire un appel politique, à contester, et plus on aura de chances de survivre. Ça, c'est à mon avis extrêmement difficile, pas seulement à approcher, mais aussi à penser. Parce que je ferais peut-être la même chose que madame qui est psychiatre, dans la pratique. C'est-à-dire, si je me rends compte, dans la pratique, que la seule manière de donner des garanties à mon patient, c'est de le faire passer sur le statut d'handicapé, peut-être que je le ferai. Mais en même temps, il faut vraiment se mettre à travailler pour ne pas accepter, au moins dans nos discours, cette tendance à une subjectivation qui passe par une disqualification éthique et politique de nous-mêmes. Le néo-libéralisme est peut-être une grande machine à nous produire nous-mêmes comme des déchets éthiques et politiques.



Mario Colucci

Bon, je voudrais proposer deux réflexions. Une qui concerne le langage et donc la théorie, le savoir. Et une autre qui concerne plutôt des données, et donc la pratique. Madame la juge parle de psychotiques : « *Quand je trouve un psychotique... c'est mieux qu'il y ait une catégorie... la psychose, la dangerosité, qui me permette de faire des choses.* ». Il y a d'abord un problème de langage. Comme psychiatre, comme psychanalyste, j'ai le savoir pour connaître une psychose, mais en même temps quand je m'approche d'une personne, je dois à la fois me rappeler et oublier mon savoir. Je ne peux pas penser à une personne comme psychotique. Je pense à Mario, Giovanni, Andréa, Maria, Valentina, ça dépend. Et je commence à parler, je commence à négocier, je commence à négocier avec sa famille. Les interventions des familles sont très très importantes. Dans certaines situations, il faut écouter inlassablement les familles. Il ne faut pas les laisser en dehors du service. Et ça c'est la négociation. Donc, ça c'est de la théorie. J'ai des difficultés à dire qu'il est « *un psychotique* », donc peut-être « *dangereux* ». Même si je peux m'appuyer sur une loi pour ce genre de situations, il faut les aborder au cas par cas, une situation n'est pas l'autre. Chacune est unique et dans chaque situation, je commence à parler. Je dis ça, parce que dans la pratique, c'est vrai qu'il y a des personnes qui ont des problèmes de maladie mentale et disent souvent « *je ne suis pas malade* ». C'est vrai. Mais c'est vrai au début, attention. On ne peut pas dire que c'est vrai pour toute la vie de la personne, pour toutes les situations, à tout moment. Ça c'est la négociation et mon travail ce n'est pas de faire reconnaître la personne comme malade. Mon travail, c'est travailler avec la personne pour changer un peu ses conditions de vie. Travailler avec la famille pour changer les conditions de déroulement de la journée de la personne. Je donne un exemple : si j'arrive à domicile – parce qu'il faut aller à domicile, il faut aller à domicile pour changer un peu les préjugés avec les personnes – je commence à parler avec la famille, qui me dit : « *monsieur, mon enfant a des problèmes, il est renfermé dans sa chambre. Il a un problème, un psychiatre m'a dit, de psychose* ». On commence à parler avec Giorgio. « *C'est quoi le problème, Giorgio ?* ». « *Oh je ne veux pas parler avec vous* ». « *D'accord, je reviens demain* ». Et

alors le lendemain, il me dit « *Bon d'accord, vous êtes revenu, on peut commencer à parler* ». On parle de quoi ? « *Qu'est-ce que tu fais ? Tu as des amis ? Tu as un travail ? Ça va bien à l'école ?* ». « *Non, je n'ai pas d'amis* ». « *OK, tu veux venir au Centre ?* ». « *Non* ». « *Bon, alors tu viens pas au Centre. Mais si tu pouvais venir au Club. Au Club, où il y a un terrain sportif* ». Alors on trouve qu'il joue au foot. Et on commence à jouer au foot. Il ne prend pas de médicaments, il ne veut pas entendre le mot maladie. Mais il vient jouer au foot. Avec nous, avec un médecin, avec des infirmières, avec d'autres garçons. Vous comprenez que la situation va changer. Et si la situation change, peut-être qu'après une semaine, après un mois, je vais dire : « *Giorgio, tu es un peu énervé à mon avis, tu pourrais prendre du Droperidol* ». « *Oui d'accord, j'ai confiance. Je prends du Droperidol, mais je ne suis pas malade, OK ?* ». Alors vous comprenez que faire des choses avec lui, lui donner une pratique, ce n'est pas reconnaître qu'il est psychotique.

Trieste, c'est une ville de 250.000 habitants. On a eu quinze personnes en traitement sanitaire obligatoire en 2005. Quinze sur 250.000 habitants, ce n'est presque rien. Dans mon service, on a fait seulement deux traitements sanitaires obligatoires. Alors, vous savez, on ne peut pas partir au début en disant : « *il est psychotique. Il est dangereux* ». Sinon je cible mon action sur cela sans négocier. La classification, il faut toujours la faire après.

Alors je ne sais pas si j'ai répondu à ce qu'est le problème de la dangerosité. En Italie, quand une députée du parti de Berlusconi a proposé de changer la loi 180, les associations des familles ont répondu : « *Non, nous ne voulons plus des asiles. Nous voulons des soins pour nos enfants. Nous ne voulons plus des asiles, ce n'est pas ça la solution. Ce n'est pas la dangerosité de nos enfants le problème. Le problème est que nous voulons des services qui soient plus proches, des médecins qui viennent à domicile, des services qui organisent des réseaux de soin, et pas seulement des réseaux de soins, des réseaux de travail, des politiques sportives et des choses comme ça* ».



Une intervenante

Mon nom est Rosa Fuentes. Je travaille actuellement au Service social de Solidarité Socialiste, mais j'ai travaillé depuis la fin des années 70 à Exils. Etant moi-même réfugiée politique, j'ai participé au travail de rétablissement de la santé mentale des réfugiés latino-américains à ce moment-là. Je suis kiné d'origine mais j'ai toujours travaillé en santé mentale, et aujourd'hui je me retrouve à recevoir des candidats réfugiés politiques, la plupart dégoûtés. Des gens illégaux comme on les appelle ici. En fait, la souffrance au niveau de la santé mentale, avec laquelle j'ai travaillé dans les années 70 et 80, rejoint un peu ce qu'a dit Mme Roelandt.

Disons qu'il y avait à l'époque un parcours de la société plus ou moins indiqué mais qu'aujourd'hui, et c'est pour cela que je suis là, car j'ai surtout des questions, je ne sais pas quoi faire. Parce que finalement, je me trouve confrontée tous les jours à des gens qui soit sont dans la rue, soit montent dans des grues pour se jeter, soit sont prisonniers de murs, soit disparaissent dans la nature. Et nous en tant que société et en tant qu'association d'aide, de solidarité, de santé mentale, on n'a rien à proposer, ni au niveau idéologique ni au niveau de la santé mentale. Parce qu'il nous arrive souvent d'avoir des gens qui sont vraiment retranchés dans leurs limites, qui vont jeter de l'eau, qui vont renverser le bureau. Et nous faisons quoi à ce moment là ? Si nous appelons la police, c'est le Centre fermé 127 bis⁵. Donc c'est l'expulsion. Et à ce moment-là, ils préfèrent se jeter d'une grue. Quand bien même si c'est un aspect particulier, cet échantillon de la population, tout de même, c'est très parlant sur l'évolution actuelle de la société. Parce que, oui, le néo-libéralisme de l'économie, de la conception générale de la société c'est très clair d'un côté. Mais de notre côté, le néo-libéralisme de la pauvreté avec

tout cet afflux d'illégaux, d'étrangers, de pauvres qui arrivent ici – eux qui sont parmi nous, et nous qui sommes parmi eux, nous sommes un seul corps ... –, qu'allons-nous proposer ? Ce que je fais souvent, c'est un peu de la solidarité, presque au niveau de la peau, parce que j'ai été réfugiée politique. Mais je n'ai pas vécu la même chose. Mais je vois la situation actuelle et je propose, disons, quelque chose de pareil à ce que vous proposez, mais à mon niveau. Quand elle me dit : « *qu'est ce que je fais ?* », cette femme avec trois enfants qui vient du Kurdistan, qui s'est prostituée pendant des années en France, en Espagne, un peu partout, qui fait l'objet d'un décret d'expulsion, qu'est-ce que je lui dis ? « *Ne vous présentez pas, Madame. Cachez-vous* ». Voilà.



Micheline Roelandt

Je voulais réagir à l'intervention de Mme la juge. En faisant référence à la loi sur les droits des patients, elle oublie une notion importante qui est celle de *l'informed consent*. Le patient est censé donner un consentement éclairé à tout traitement qu'on entreprendrait sur lui. Je crois que les choses se situent très différemment à partir du moment où l'on a affaire à quelqu'un qui vit un épisode psychotique par exemple. On ne peut plus, en toute logique, vraiment prétendre qu'il refuse le traitement qu'on lui propose sur base d'un consentement libre et éclairé... puisque c'est pour cela qu'il y a une demande de mise en observation. Alors je comprends très bien ce qui est dit par rapport à la dangerosité, mais c'est aussi un concept beaucoup plus complexe que d'être directement dangereux pour soi ou pour les autres. Lorsque quelqu'un vit un épisode psychotique, il a la plupart du temps tendance à faire un nombre relativement important de conneries, relationnelles ou sociales, dont il est victime lorsqu'il sort de son épisode psychotique. Et donc, à ma connaissance, la plupart du temps, quand il y a une certificat de demande de mise en observation, c'est parce qu'il y a au moins un entourage et un médecin qui considèrent que laisser cette personne dans un épisode psychotique risque de faire tant de la casse pour lui et autour de lui et que le tout va être extrêmement difficile à rattraper. Et là je rejoins quand même ce que dit M. Dechêne de Similes. Je pense qu'avant de décider de ne pas rencontrer une demande de mise en observation, il y a vraiment intérêt à longuement écouter la famille du patient...



La juge

S'il y en a !



Micheline Roelandt

S'il y en a. Ou le médecin qui a rédigé le papier. Parce que souvent, on fait plus de tort que de bien en refusant.



La juge

Je voudrais tout de même préciser que j'ai pris un exemple phare sur des dizaines et des centaines de situations parce que ça fait longtemps que je pratique et j'ai un établissement dans mon canton... Mais si, à la fin de ma carrière, quand je prendrai ma retraite, et même déjà aujourd'hui après quinze ans, je dois retenir une chose qui me touche, c'est le cas de ces gens qui, de manière persistante et en connaissance de cause, continuent à refuser les traitements. C'est pour cela que j'utilise le terme psychotique, c'est parce que les médecins le font – et dans les certificats médicaux que l'on me donne, ce terme est utilisé –, ce n'est pas moi qui ai inventé ce mot. Ce sont souvent des personnes qui sont « *chronifiées* », comme on dit. Qui connaissent mieux que vous et moi les hôpitaux psychiatriques et les traitements qui

s'y pratiquent. Et qui savent, en connaissance de cause, qu'elles n'en veulent pas. C'est à ça que je pense. Vous savez très bien qu'il y a dans la partie de la population de patients chroniques, des gens qui connaissent mieux les traitements que vous et moi. Et qui savent que s'ils vont à tel endroit, c'est ça qu'ils vont recevoir. Et qui viennent dire au juge : « écoutez, je n'ai fait de tort à personne. Laissez-moi tranquille ». Et c'est sur ce point éthique-là que moi je voulais mettre l'accent.



Micheline Roelandt

D'accord, je retire tout ce que j'ai dit.



La Juge

Ce n'est pas une généralité que j'ai voulu mettre en avant. C'est une question, parmi les masses de mises en observation ou de levées de la mesure – parfois en ne suivant pas l'avis du médecin. Mais j'entends toujours et le patient, et le médecin, et les familles quand elles se présentent dans le délai à l'hôpital. Pour ça, il n'y a pas de problème. Mais il y a un problème d'éthique avec la psychiatrie, fondamentalement, entre nous soit dit. Au nom de quoi, à certains moments, avez-vous le cœur de vouloir contraindre quelqu'un à des soins, qui n'en veut pas et qui continue à ne pas en vouloir ? Et là je peux comprendre ce que vous dites, la persistance du refus peut provenir de la contrainte. Des gens qui ont fait toutes les institutions, notamment certaines particulièrement contraignantes, qui les ont fait pendant deux ans, trois ans, quatre ans, une année là, une année là puis encore une année là... Ils savent de quoi ils parlent. Moi, je ne comprends pas pourquoi on continue à vouloir traiter ces personnes de force. Sauf évidemment, protection de la société ou protection des proches qui sont menacés. C'est un autre problème. Mais indépendamment de cette dangerosité, qui est loin d'être toujours réunie, très loin, pour moi il y a un problème éthique majeur avec la psychiatrie. C'est cela que je voulais dire.



Micheline Roelandt

Vous avez tout à fait raison.



L'intervenante-parente

Je peux rebondir là-dessus ? En fait, évidemment, je suis tout à fait d'accord avec ce principe de l'éthique. Forcément. Mais aussi avec ce que vous dites au niveau des conneries. Et effectivement, moi ou d'autres, on a été confrontés à cela. Et effectivement, on peut, entre guillemets, soi-disant les éviter par une mise en observation forcée. Sauf que... il y a d'autres conneries qui se passent, quoi ! Et je ne suis pas sûre que les unes compensent les autres, en psychiatrie. Je suis pas sûre du tout. Par contre, la solution rêvée, pour moi comme pour d'autres, et je rebondis sur ce que M. Dechêne disait, c'est qu'effectivement on n'arriverait pas à la mise en observation, ou à des choses aussi épouvantables, si on pouvait venir à domicile. Où sont les soins à domicile en Belgique ? Moi, finalement dans ce parcours, j'ai eu vent que deux psychologues (deux sur tout Bruxelles) se rendaient à domicile. Celle qui est venue a été charmante. Il y a eu une ébauche de dialogue avec mon fils. J'avais eu des échos d'autres parents à propos de leur enfant, du genre « *il ne veut aller nulle part, il veut encore moins être piqué de force et encore moins s'abstenir de faire toutes les conneries qu'il a envie de faire pendant qu'il est en épisode psychotique* ». Mais alors pourquoi ne pas faire venir les intervenants à la maison, ou les faire venir au foot, ou je ne sais quoi... Evidemment ! Ça ne se passe pas. Et ça c'est vraiment une solution dont on rêve

pour éviter...



Une intervenante

Vous avez mentionné l'expérience que vous avez tenté de faire, créer une structure. Vous avez parlé du Canada... Est-ce que vous pouvez en dire deux mots ?



L'intervenante-parente :

C'était il y a plus de deux ans. On était quelques-uns à avoir écouté Luc Vigneault, un ex-psychiatrisé québécois qui a écrit « Aller-retour au pays de la folie » et qui s'en est sorti grâce à des groupes d'entraide puis qui les a promus, comme d'ailleurs la « gestion autonome des médicaments », pour arriver à la « dose qualité de vie ». On voulait un peu imiter cela, avec le soutien de l'Autre « lieu » encore une fois, et des Femmes Prévoyantes Socialistes, mais évidemment sans un rond, à quelques-uns, aussi bien patients que parents, parce que je trouve important de mêler les deux, ce qui ne se passe pas à Similes. C'est très important les groupes d'entraide. Les Centres de crise aussi. Encore une fois, cette maison dont on rêvait avec la Graine – tout un symbole –, c'est la possibilité, 24 heures sur 24, d'un accueil, d'une parole, sans nécessairement toujours une médication. Un lieu, comme au Québec, où il y aurait plus de personnel que de patients, un lieu avec des intervenants professionnels et des patients qui deviennent parfois « *pairs-aidant* », et ça se passe très très bien. Je viens d'entendre parler récemment d'une psychanalyste qui s'occupe d'un groupe d'adolescents. Apparemment, il y a là aussi davantage de personnel que d'usagers. Ils font beaucoup de théâtre et il paraît qu'il y a des résultats extraordinaires. Enfin, de petites alternatives existent. Mais un Centre de crise, pas nécessairement médicalisé, pour assister un événement psychotique, ça, il n'y a pas. Donc ces personnes atterrissent dans une structure médico-psychiatrique pure et dure, avec une mesure de mise en observation.

Luc Vigneault nous expliquait aussi qu'ils ont dû appeler les flics deux fois je crois, en vingt ans. Quand un gars arrive en se tapant la tête contre les murs ou en faisant n'importe quoi, ils ont la capacité de l'entourer, de le laisser déposer son paquet, de faire avec son agressivité ou sa violence éventuelle. Tout le monde finit – après des heures – par parler calmement autour d'un café. Ce n'est pas ce qui se passe avec les familles parce qu'elles ne savent pas faire face ou alors elles sont tellement impliquées justement que ça ne se passe pas bien. Et en psychiatrie, on connaît... il n'y a pas le temps, c'est souvent des médicaments. On rêve à des solutions parallèles. Et dans les Centres de santé mentale, pour avoir un rendez-vous, le délai est souvent long. Les gens sont débordés et ils ne viennent pas à domicile. J'ai supplié qu'on vienne à domicile ou qu'on essaye que ça ne soit pas trop dur. Les gens qui ont vécu ces épisodes psychotiques, ils disent qu'ils n'attendaient qu'une chose, c'est qu'on leur parle. J'ai entendu cela très souvent : « *qu'on me parle. Et pas qu'on me pique et qu'on m'attache et que la colère et que l'épisode psychotique soit de plus en plus fort !* »



Francis Martens

Oui, je voulais ponctuer un tout petit peu le débat qui a eu lieu entre Micheline Roelandt et Mme Brandon, parce que je trouve que c'est vraiment exemplaire et en même temps tout à fait nécessaire. Cela nous paraît évident peut-être mais les évidences, il faut les nommer. Il y a deux positions totalement différentes au niveau de la légitimité. Chaque position est totalement légitime, mais chaque position est totalement différente. D'un côté le psychiatre, qui voit très bien où en est quelqu'un par rapport à une nosographie et quelles sont les possibilités de conneries, éventuellement imminentes, et qui,

avec son savoir et son bon sens, va limiter les dégâts préventivement. Et puis, il y a une magistrate, dont le rôle est de garder les libertés démocratiques dans un pays donné et qui n'a que faire de gens étiquetés psychiatriquement, si ce n'est latéralement, mais qui a d'abord des citoyens devant elle et qui se demande : « *dans quelle mesure est-ce que moi, avec ce que j'ai dans ce dossier, je peux priver tel citoyen de ses libertés ?* ». Je serai même plus radical que vous : la loi est ce qu'elle est, mais en quoi le fait qu'il pourrait se nuire à lui-même me permet-il de le priver de sa liberté ? Le philosophe John Stuart Mill, qui a écrit un essai admirable sur la liberté, disait que quelqu'un fait ce qu'il veut de sa vie ; à la limite, c'est seulement s'il va nuire aux autres qu'on peut l'arrêter. Mais donc les positions : moi, j'ai un citoyen devant moi / moi, j'ai quelqu'un en souffrance psychique devant moi, ce sont deux positions différentes, nécessaires et complémentaires.



L'intervenant de Similes

Je voulais simplement dire un mot très court. J'ai écrit il y a quelques années que la mise en observation, l'obligation de soins, les soins sous contrainte, c'est la pire et la meilleure des choses. C'est la meilleure des choses parce que c'est souvent le seul moyen d'aider quelqu'un à être soigné. C'est la pire des choses parce que ça laisse toujours un traumatisme extraordinaire chez le patient et pour son entourage, c'est insupportable. Donc, j'engage mon mouvement – je représente Similes Wallonie, toute la Wallonie – dans une recherche qui va exactement dans le même sens que ce qui se passe ici. J'ai participé modestement avec Olivier Croufer, directeur du Service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie (SIAJEF) à Liège, à la rédaction d'une charte d'un « mouvement pour une psychiatrie démocratique » dans le milieu de vie. Donc, je suis pour une psychiatrie douce, de proximité. Je ne suis pas pour la grosse machine qui fait des catastrophes. J'ai vécu cela personnellement même si je n'étais pas patient. Mais j'aimais mon fils qui souffrait dans ces conditions-là. Donc, je voudrais qu'on ne fasse pas de confusion à propos de Similes. Similes n'est pas un syndicat de défense des parents.



Un intervenant

Je m'appelle Yves Verniers, je fonctionne dans le champ de la toxicomanie, à Elipse, dans la région de La Louvière. J'interviens juste pour partager avec vous mes constats sur l'évolution de la patientèle, ou plutôt de ce qu'on appelle « nos résidents ». Je fonctionne dans le champ de la toxicomanie depuis à peu près trente ans et je dirais qu'il y a une évolution très caractéristique. A la fin des golden sixties, la patientèle était essentiellement d'origine sociale variée. Depuis une dizaine d'années, on assiste à une évolution où la patientèle se paupérise extrêmement, socialement et économiquement. Ce que je remarque dans le secteur toxicomanie – et c'est généralisable à d'autres champs de la santé mentale –, c'est, de plus en plus, une déchirure extrêmement douloureuse entre, d'un côté, les possibilités économiques et, de l'autre, le désir de bonheur qui reste toujours lié à la consommation. Ce que veulent les résidents qui nous demandent de travailler avec eux est toujours lié à cette déchirure. La seule échelle de valeur est celle basée sur le bonheur par la consommation de produits ou de biens matériels. En fait, ce que j'entends à longueur de journée, ce sont de jeunes adultes qui me demandent de leur trouver un autre axe que cette consommation, que ce bonheur par la consommation, pour cartographier leur monde psychique. Un peu comme il en existait peut-être dans les années 50-60, un système de valeurs qui ne soit pas systématiquement associé à la consommation ou qui en épouse les mêmes concepts. Ce que je suis en train de dire, c'est qu'il y a une différence entre, d'une part, ce qu'on exige de nous, en tant que citoyens mais dans un monde qui se rétrécit de plus en plus où il faut être efficace, efficient – ce sont des concepts que l'on entend tout le temps – et d'autre part, le fait que ces objectifs sont de plus en plus irréalisables. Donc, d'un côté, nos comportements se rétrécissent

comme une peau de chagrin et on doit l'accepter parce que les exigences économiques sont là. Et d'un autre côté nos objectifs, eux, sont d'emblée de plus en plus irréalisables... Quel que soit votre niveau économique, vous avez intériorisé les mêmes aspirations de consommation. Que vous soyez au revenu minimum d'intégration ou que vous ayez un salaire de professeur d'Université, vos objectifs sont les mêmes. Il y a quelque chose comme ça de disproportionné, d'un bonheur qui est quasiment inatteignable. Je pense un peu aussi, pour en revenir au parallèle à faire avec les souris qui nagent : une souris qui nage et qui sait qu'il n'y aura pas de solution pour s'en sortir va se laisser noyer. Une souris qui nage mais qui sait que, de temps en temps, une petite échelle va arriver dans son champ conceptuel et lui permettre de s'en sortir, celle-là vivra.



Pierre Smet

Merci. Pierangelo, un petit mot pour conclure ?

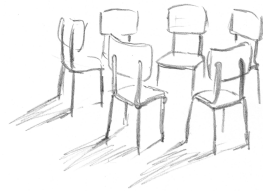


Pierangelo Di Vittorio

J'insiste sur l'importance de ne pas voir ce qu'on appelle le pouvoir – dans ce cas le néo-libéralisme – comme un ennemi, comme quelque chose qui est en dehors de nous et qu'il faut combattre d'une manière antagoniste. Si le néo-libéralisme a gagné, c'est parce que c'est une stratégie de conduite des hommes, de gouvernement des hommes, de management, qui n'investit pas sur l'Etat mais sur le développement libre des sujets, sur l'autonomie. Il me semble que par rapport au libéralisme classique, le néo-libéralisme est fondé sur une destruction systématique du sujet « traditionnel ». Une destruction du sujet en tant qu'histoire, mémoire, corps ; une destruction du sujet comme sujet de droit – c'est pour cela que le droit aujourd'hui est un front de résistance, pensons à Guantanamo ; et une destruction du sujet comme sujet politique, c'est-à-dire un sujet qui peut jouer de sa propre liberté. Ce sujet-là, à ces trois niveaux, est systématiquement détruit par le projet de subjectivation néo-libérale. Ce n'est pas quelque chose qui nous est imposé, c'est nous-mêmes qui nous comportons comme cela. La reconstruction, toujours à l'intérieur de cette démarche néo-libérale, c'est d'être des entités bioéconomiques individualisées et performantes. C'est le capital humain.

Finalement, on est toujours en dessous de ce que pourrait être un bon capital humain. Il faut toujours avoir la sensation qu'on ne touche pas le ciel. Un exemple très concret désormais assez banal de comment se fait ce double processus de déconstruction et de reconstruction à partir duquel nous on se subjectivise librement, c'est le « mobying », le harcèlement. Harcèlement sur le poste de travail, par exemple. Vous avez une situation de conflit sur le poste de travail : vous êtes en dessous et au-dessus de vous, il y a le chef d'entreprise. La seule manière pour gagner le match avec le chef d'entreprise ou avec l'entreprise, c'est de faire tout un processus de subjectivation. Je ne dis pas aliénation mais il y a de l'aliénation dans cette subjectivation de l'aliénation aussi, qui me porte à me constituer en tant que sujet souffrant. Je ne suis plus un sujet qui a le droit d'aller face à un juge pour débattre de si je dois être traité de cette manière sur le poste de travail ou viré, je ne suis plus un sujet qui peut jouer librement de sa propre liberté en désobéissant, pour certaines raisons, à mon chef d'entreprise : je dois prendre le chemin du handicap, je dois devenir un corps malade, une personne qui se subjectivise à partir d'un statut de dépressif. Ce n'est pas une critique que je fais, j'expose un problème : avec ce statut, je peux gagner contre mon chef d'entreprise mais il faut que nous commençons à penser très sérieusement que, dans cette victoire, il y a aussi une défaite. On gagne dans le contexte de notre vie comme si la vie était un reality-show. On ne se fait pas virer mais en même temps on a perdu la chance de qualifier éthiquement et politiquement notre vie. A mon avis, ce défi,

avec toutes les contradictions qu'il entraîne, il faut que nous commençons au moins à le verbaliser. Il faut qu'on en parle et qu'on soit politiquement incorrect.



ATELIER 2

TRAVAIL ET CHÔMAGE, BANALISATION DE LA VIOLENCE NÉO-LIBÉRALE ET DE LA SOUFFRANCE – RATIONALISATION DES SUBJECTIVITÉS ET INJONCTION À L'EMPLOI



Yves Martens

Cet atelier est un peu en décalage par rapport au reste de la journée. Je suis animateur du Collectif Solidarité Contre l'Exclusion et je suis le porte-parole de la Plate-forme contre la Chasse aux Chômeurs. Le Collectif réunit des individus, des associations et des sections syndicales. On essaie, sur des thèmes précis, de réunir les forces existantes pour travailler en réseau sur le même sujet. Une bonne illustration, c'est donc la Plate-forme contre la Chasse aux Chômeurs construite à partir d'un débat sur la question de l'activation du comportement de recherche d'emploi. Mon expérience, c'est surtout par rapport au contrôle de la disponibilité des chômeurs ou de ce plan d'activation.

S'agissant de santé mentale, qu'est-ce que la mondialisation néo-libérale et la biopolitique ont comme conséquences dans la pratique de terrain, pour un délégué syndical, pour un médecin dans une maison médicale ou pour un collectif qui tente d'informer et d'aider les personnes les plus précarisées ? J'ai tendance à croire qu'on psychologise des choses qui ne sont pas nécessairement du domaine de la santé mentale justement. Il y a cette phrase de Robert Castel que j'aime bien et qui peut amorcer le sujet : *« la psychologisation est une rationalisation efficace de l'échec social »*. Je pense effectivement qu'il y a des situations où cette phrase prend toute son sens. Maintenant, si j'essaie de ne pas avoir d'a priori antipsy en partant plutôt de ma connaissance de terrain, je me dis : *« que vivent les gens ? N'y a-t-il pas de la souffrance et des problèmes qu'on sent être psychologiques ? Qu'on sent pouvoir ressortir de la santé mentale, sans qu'on ait pour autant, en tant qu'acteur de terrain, la compétence pour poser un diagnostic, bien entendu ? »*. Ce problème de souffrance dans le monde du travail, de souffrance dans le monde du non-travail, on essaye de le prendre en compte, aussi bien dans les syndicats que dans les associations de chômeurs puisque que les chômeurs sont d'abord des travailleurs sans emploi. Mais le problème est-il comme tel celui de la souffrance de ces personnes ou aussi celui de la souffrance comme symptôme d'autre chose ? C'est là qu'on rejoint le thème de l'atelier, la question de la mondialisation néo-libérale. En effet, le problème n'est-il pas *l'organisation du travail comme souffrance* ? Le fait que des gens souffrent de leur situation de travailleurs et que des gens souffrent de leur situation de sans-emploi n'est-il pas qu'un symptôme de choses beaucoup plus organisées et donc conscientes, voulues ? Car la manière dont le travail et le chômage sont organisés aujourd'hui tient finalement de la volonté des élites qui nous dirigent et n'est pas du tout la résultante d'un problème de crise ou d'un problème d'une autre nature. La mondialisation néo-libérale a besoin d'une certaine organisation du travail comme souffrance et d'une certaine gestion du chômage comme souffrance pour pouvoir fonctionner et continuer son action qui nous frappe depuis une vingtaine d'années. Dans l'histoire du travail, on est passé d'un travail qui était une souffrance à un travail émancipateur, et finalement n'est-on pas en train de revenir en arrière et de rebasculer dans des situations de souff-

france ? Vous allez voir maintenant, par l'intervention de Pierre Grippa, la multiplicité des situations et des acteurs qui interviennent dans cette production de souffrance et cette organisation de la souffrance.



Pierre Grippa

Je suis médecin généraliste à la Maison Médicale de Forest, quartier largement défavorisé, de grande pauvreté et d'exclusion. Dans ces quartiers, il y a des taux de chômage de 25%, des taux d'invalides de 20%, donc on est largement au-delà de la moitié. Si on comptabilise les femmes au foyer, il ne reste plus beaucoup de monde au travail. Donc effectivement, la précarité, la grande précarité, on connaît bien, j'en ai l'expérience depuis très longtemps. On a dit que le nombre de problématiques d'ordre psychosocial a augmenté quantitativement, mais aussi en intensité, et cela dans les 20 dernières années. C'est un constat que l'on a pu faire simplement comme tel, puis en essayant de le comprendre, petit à petit. Dans les années 90, j'ai été confronté à la violence que subissaient mes patients de la part soit des assurances accidents de travail, soit d'un médecin-conseil. J'ai été amené à me dire que je ne connaissais pas bien les règles du jeu et que je devais essayer de les apprendre. J'ai donc fait une licence en Evaluation du dommage qui m'a permis de connaître les mécanismes sous-jacents de ce qui se déroulait sous mes yeux et que je ne comprenais pas toujours bien. A fortiori, si moi je ne les comprenais pas bien, les patients n'y comprenaient rien du tout ! Certaines situations se sont multipliées. On avait des patients qui avaient des comportements soit qui dérangent l'équipe soignante, soit que nous ne comprenions pas. Devant ces comportements qui nous semblaient aberrants, on pouvait dire facilement : « *ce patient est fou, ce patient est idiot* ». J'ai quand même voulu renverser la question en disant : « *pourquoi ce patient fait ça ?* ».

Je vais prendre une vignette clinique toute courte. Un patient marocain a eu un accident de travail, refusé en tant qu'accident parce que ça s'est passé un dimanche. Il est donc mis au chômage. Il revient toutes les semaines à la consultation en revendiquant son statut d'invalide. Il se dit invalide et emmerde tout le monde. Tout le monde a un sentiment de rejet par rapport à cet homme. En le questionnant un peu plus, en refaisant son histoire, j'apprends qu'il a été marié à une Belge avec laquelle cela n'a pas été du tout mais dont il est resté éperdument amoureux. Il la quitte, il divorce. Il va « *se chercher une femme au Maroc* », comme il le dit. Il revient en Belgique et 15 jours après, il se pète le genou, et voilà. A partir du moment où on a mis ça sur la table, ce patient a d'abord été reconnu comme invalide avec l'étiquette de dépressif, ce qui le satisfaisait puisqu'il avait un statut qui pour lui était acceptable. Comme il est venu pour gagner sa vie en Belgique, à partir du moment où il ne pouvait plus la gagner, le seul statut qu'il pouvait envisager était celui d'invalide, pas chômeur. Maintenant, ce patient va bien. Il participe à la vie associative dans le quartier, il s'occupe de l'école de devoirs et de plein de choses. Il va cicatriser. Voilà un premier exemple.

Deuxième exemple : je tombe sur un dossier dans lequel il est marqué « *ce patient a un poil dans la main* ». Ah bon ! Il a aussi été victime d'un accident de travail. En l'interrogeant sur ce qui se passe, j'apprends que ce patient travaille depuis 15 ans à ABX, une firme de colis express. Il y est revenu après son accident de travail qui consistait en une hernie discale. On le change de poste. Lui qui est un ancien et qui travaillait au scannage – c'est passer au scanner des codes barres – on le remet au quai à décharger des camions. Situation tout à fait inacceptable pour lui : il a 15 ans de boîte et donc effectivement il répète qu'il n'a pas très envie de reprendre le travail dans ces conditions, surtout avec des lombalgies... Et à partir du moment où cette chose a été mise sur la table, on a fait une demande au médecin du travail de le remettre à un poste adéquat, à son ancien poste qui existe... Résultat : licenciement parce qu'officiellement, « *il n'y a pas de travail qui convient* » ; licenciement pour cause de force majeure, sans préavis ni indemnités. L'affaire en est là, ça va passer au

tribunal du travail. C'est pour dire que la violence des actions des employeurs, par rapport à la question de leur personnel... c'est quasiment comme du matériel jetable. On s'arrange pour pouvoir les licencier, c'est littéralement ça, car le travail existe puisqu'il l'occupait avant. Et je pourrais multiplier par centaines ce genre de choses. La pratique est devenue tout à fait courante : toute personne qui est en perte de productivité pour une raison quelconque se retrouve aussitôt sur le siège éjectable.

Dernière petite vignette clinique : un patient marocain qui a réussi à se faire une place dans une boîte d'informatique où il monte des ordinateurs qui peut donc être considéré comme « bien intégré ». La boîte fusionne, il change de chef et tombe sur un chef raciste qui commence à augmenter son niveau d'exigence de semaine en semaine, qui lui refuse toute augmentation et demande plus de flexibilité. Finalement, le patient pète un câble au travail, s'engueule avec son chef et est licencié pour faute grave. L'affaire en est là, je ne pense pas qu'elle va rester dans cet état-là. Mais c'est aussi une conséquence de ces fusions à répétition. Pour les travailleurs plus âgés, on voit la même chose. Dans les fusions, ce sont toujours les plus âgés qui sont éjectés en premier. Mais la violence au travail et la souffrance qui est engendrée ne s'arrête certainement pas à ce domaine... Je vois aussi depuis des années, dans ces quartiers défavorisés, la relégation scolaire comme forme de violence qui affecte les enfants très tôt, en général dès la fin du primaire. Dès la fin du primaire, ils sont relégués au mieux en classe d'accueil et puis en professionnel. Ce sont des filières que je nommerais *disqualifiantes*, puisque quand on a un diplôme d'enseignement professionnel de couture ou de travaux de bureau, les perspectives d'emploi ne sont pas particulièrement extraordinaires. Les jeunes le savent bien et l'on est tout étonné d'avoir des dépressions nerveuses chez des adolescents, des passages à l'acte violents, des comportements à risque et des pertes totales d'identité. On se retrouve aussi avec des familles dont les enfants n'ont connu les parents que dans le « *non-emploi* ». Eux aussi sont relégués dans des filières disqualifiantes, n'ont aucune perspective d'emploi et on s'étonne qu'ils puissent devenir violents.



Un intervenant

Et c'est quoi la solution ?



Pierre Grippa

Je n'ai pas de réponse stable. On va en discuter. Je voulais faire encore un constat, c'est le problème de la sécurité sociale. Entre la mutuelle qui exclut à tour de bras vers le chômage, le chômage qui cherche à se débarrasser de ses chômeurs vers n'importe qui en excluant, en l'occurrence soit vers le handicap, soit vers le CPAS qui nous les renvoie en demandant d'en faire des handicapés, donc de changer de Caisse... Les gens sont donc pris dans système où d'autres vont déterminer leur statut. J'insiste là-dessus : c'est quelqu'un d'extérieur, un « expert », qui va dire dans quelle case ils doivent se trouver. Et eux doivent se conformer à ce que cette case attend d'eux, et jouer le rôle, qui du malade, qui du demandeur d'emploi, qui du handicapé... pour pouvoir continuer à justifier d'une chose qui paraît assez essentielle, c'est-à-dire avoir un revenu. Ce qui est quand même une des conditions préalables à la santé, à la santé mentale, à la dignité humaine. Et donc, devant tous ces constats, —on essaie effectivement, d'une part, comme on disait ce matin, de parer au plus pressé et de défendre les gens avec les moyens et la connaissance que l'on a, et d'autre part aussi de prendre le temps pour essayer de comprendre et d'analyser et peut-être essayer de préparer alors des résistances plus efficaces.

Je pense – et je vais en terminer là – que le fait de pouvoir restituer aux gens le *pourquoi* ils sont maltraités par le système et comment le système fonctionne, comment cet « autre » qui va décider à leur place raisonne, leur restituer ça, leur donne déjà une autre place. Parce qu'ils disposent alors d'un outil qui leur permet de ne plus être uniquement dans le fait de subir la violence de l'autre, mais de pouvoir quelque part « *jouer avec la violence de l'autre* ». Même si ce n'est pas un jeu, ou alors un jeu sanglant. Mais cela leur permet en tout cas de reprendre eux-mêmes une position comme sujet, avec un minimum de recul.



Yves Martens

Ce qui me semble ressortir de manière évidente, c'est que pour faire tourner ce système de production, d'organisation de la souffrance, on va devoir mentir, et principalement de deux manières. D'abord, il y a une stratégie de communication, une manière de présenter les choses, tronquées. Avant-hier, j'étais à une réunion de la Ligue des Droits de l'Homme, on regardait les recommandations faites au gouvernement, auxquelles il doit répondre. Parler de « *suivi intensif des chômeurs* » pour aider les chômeurs de longue durée à sortir du chômage, ça paraît être une réponse. Évidemment, c'est un mensonge absolu puisque ce n'est nullement quelque chose mis sur pied pour aider les chômeurs, ni même pour réduire le chômage de longue durée, si ce n'est en jouant sur le nom des cases que l'on va donner : on parlait quand même régulièrement de *contrôle renforcé des chômeurs*, qui était le premier terme utilisé par le Ministre Frank Vandenbroucke, puis on a parlé de *l'activation de recherche d'emploi*, c'est la dénomination officielle, et puis de plus en plus de personnes parlent de *accompagnement des chômeurs*, y compris les syndicats et ça me rend malade. Chaque fois que je suis en face d'un étudiant, d'un journaliste, d'un syndicaliste ou de n'importe qui, je dis : « *n'oublions pas que dans l'activation de recherche d'emploi il y a deux parties, la partie contrôle de l'Office National de l'Emploi (ONEM) et la partie accompagnement des services pour l'emploi des 3 régions, (FOREM, ORBEM, VDAB)* ». Cela m'énerve chaque fois, ce glissement sémantique opéré à partir de la notion bien parlante de contrôle renforcé. Et les chômeurs, on va aller leur botter le cul. Vandenbroucke n'a pas dit, comme Poutine, qu' « *on les pourchasserait jusque dans les chiottes* » mais c'est presque ça. L'accompagnement a l'air de quelque chose de super positif. Et bien la toute petite victoire de notre Plate-forme de Chasse aux Chômeurs c'est d'avoir réussi à ce qu'on parle quand même régulièrement, dans l'opinion, de chasse aux chômeurs. Ce terme est accepté et ce n'est pas anodin. Alors, il y a ce mensonge qui essaye de faire passer des vessies pour des lanternes, cette distorsion de la communication, et à partir du moment où un chômeur est obligé non pas de dire qui il est, ce qu'il vit, ce à quoi il aspire, mais de se mettre dans la case qui lui est accessible à ce moment-là et donc évidemment de se positionner, alors on en arrive à des trucs complètement absurdes. Nous y arrivons en fonction de la situation des personnes, de leur vécu, de leur situation familiale, sociale et tout. On dit : « *ah, là, je vois, on va te sauver provisoirement, on va te mettre dans cette case-là* » et donc on en est réduits à ce que ce soit nous, associations de terrain ou syndicats, qui fassions un accompagnement dans le cadre des contrôles des chômeurs, un accompagnement individualisé, extrêmement efficace mais au détriment de l'action collective. Un accompagnement efficace des chômeurs mais qui consiste à leur éviter les sanctions, à les inscrire dans la case qui leur est accessible à ce moment-là. Et puis il y a le mensonge proprement dit, le mensonge effectif. Par exemple, quand on prépare un chômeur à passer son contrôle, c'est un jeu de rôles. On essaye d'abord de lui laisser exprimer sa situation, la manière dont il vit les choses et puis à partir de ça on lui dit : « *ça t'oublie* », « *ça tu n'en parles pas* », « *ça tu en parles mais tu le présentes de cette façon* », « *oui mais moi je voudrais...* », « *non, tu le présentes de cette façon* ». Et donc, on a intérêt quand même... bon, je ne suis pas un professionnel de la santé mentale mais j'imagine que pour vous il y a des petites lumières qui s'allument en disant « *attention*

danger ». Donc on leur fait des briefings, de la préparation à des jeux de rôles et finalement ceux qui sont bons en jeux de rôles et qui ont en plus eu la préparation s'en sortent sans problème. Evidemment, ceux qui sont moins doués en jeux de rôles ou en examen oral, a fortiori s'ils n'ont pas eu d'accompagnement, de préparation, ils s'en prennent plein la gueule. Au-delà du jeu de rôles, on a une production de mensonge à l'état pur. Je vais maintenant demander à Jacques Brouckaert de nous illustrer le mensonge par un exemple particulièrement parlant.



Jacques Brouckaert

J'ai travaillé essentiellement dans quelques grandes entreprises, Caterpillar, BLH Europe, ensuite pendant 27 ans dans une multinationale qui petit à petit s'est développée. Elle fut rachetée par le groupe pétrolier Amoco qui fut lui-même racheté par British Petroleum. J'ai travaillé dans l'usine de Seneffe, dans la chimie, et j'ai été délégué syndical pendant 25 ans. J'ai vu une très grande évolution en 25 ans de travail syndical dans le comportement de la direction et cette évolution s'est faite au nom du *management participatif*. On n'en parlait pas ou quasi pas en 1975. Dans les années 80, la direction voulait lancer ça, après avoir essayé trente-six mille choses pour arriver à la *qualité totale*. Un beau jour, une équipe de caméraman arrive des Etats-Unis. On appelle le délégué qui travaillait aussi là à ce moment, le délégué Sécurité et Hygiène... On l'appelle et, sans rien lui expliquer du tout, on lui fourre sur le dos une veste noire où il est marqué en grand derrière, « *EQUIP* »... Ce délégué Sécurité et Hygiène se fait photographier dans l'usine, mais toujours de dos. Il se demande pourquoi, il ne savait même pas qu'il était écrit « *EQUIP* » dans le dos, mais moi je l'avais vu. Je cherche ce que cela signifie, je pose des questions et le chef dit : « *je pense que ça a à faire avec la qualité... là-bas en Amérique, ça se fait* ». En fait, aux Etats-Unis, les opérateurs refusaient l'affaire et les Américains, pour pouvoir imposer « *EQUIP* » là-bas, avaient commandé une équipe de télévision, fait croire que nous, nous l'avions adopté et puisque le délégué Sécurité et Hygiène l'avait dans le dos, tout le monde l'avait appliqué bien entendu. On a vécu cela et encore autre chose, jusqu'au moment où on est arrivés à une situation dans l'entreprise vraiment infernale. Tout le monde devient le dénonciateur de l'autre au nom de la qualité totale, au nom du « *il doit faire mieux* ». Vous pouvez imaginer quelle est la difficulté, mais nous avons quand même obtenu bon an mal an, bien que l'on travaillait en équipes 24 heures sur 24, d'avoir une vie familiale, d'avoir les 35 heures, d'avoir un salaire convenable. Mais petit à petit, plus moyen de faire passer une seule revendication.... En 2000 on doit se battre 3 semaines pour avoir la transformation de 2 contrats à durée déterminée en contrats à durée indéterminée. Vous vous rendez compte, 3 semaines de grève pour obtenir ça ! Et un an après vient la Direction anglaise qui liquide une équipe sur six. Elle liquide carrément l'équipe la plus combative. Suite à un accident, un incendie, cette équipe veut bien entendu avoir une série de sécurités avant de reprendre le travail. Je vous raconte tout cela parce que dans les années 70, même si c'était en équipe et qu'il fallait travailler de nuit, on avait le bonheur de travailler. Petit à petit s'est installé un discours sur la qualité totale, un discours sur les cercles de qualité etc. Le management participatif est devenu de plus en plus imposant et la vie de plus en plus difficile, parce qu'on était tous les uns contre les autres au final. Il y a eu de longues périodes difficiles où la direction est venue tuer dans l'œuf toutes les résistances qu'on aurait pu tenir malgré la mise en place de ce à quoi j'ai pu donner un nom après, quand j'ai été prépensionné, et que Christophe Dejours, le célèbre psychiatre et psychanalyste français, appelle la distorsion communicationnelle... En fait, on a fait jouer à la Belgique le rôle du promoteur d' « *EQUIP* » pour l'imposer à l'Amérique et après en retour nous l'imposer à nous, parce que nous, on ne savait même pas ce que ça voulait dire « *EQUIP* »... Dejours appelle ça la distorsion communicationnelle. Cette distorsion communicationnelle, c'est ce à quoi les travailleurs sont soumis et qu'ils doivent subir, ce qu'il appelle la souffrance, le déni, les mensonges sur les réalités que les travailleurs doivent vivre. Dejours ajoute que la distor-

sion communicationnelle n'est pas quelque chose de périphérique : c'est vraiment une stratégie. Une stratégie de base du système pour arriver à mettre les travailleurs les uns contre les autres, pour arriver à ce qu'on appelle aujourd'hui la concurrence. Je peux vous dire et je peux vous le prouver, que cette concurrence n'existe pas. Ce sont les groupes, les grosses entreprises qui imposent leurs dictats à l'ensemble des autres entreprises, lesquelles imposent leurs conditions de travail à de multiples sous-traitants. C'est inimaginable ce qu'on peut faire à un sous-traitant qui vient dans l'entreprise faire des réparations ou des grands entretiens qui durent parfois trois semaines. Et il n'a rien vu... Voilà, j'arrête là.



Yves Martens

Voilà un exemple éclairant d'une organisation qui essaye de manipuler tout un collectif. Parallèlement à ça, on voit aussi des discours sur l'émancipation, la responsabilisation. Mais le revers de cette connotation positive, c'est qu'elle permet de plus en plus, par rapport à une situation de chômage, d'en individualiser la cause et de culpabiliser la personne par rapport à son manque de responsabilité pour sortir de la situation qu'elle vit. J'imagine que cela doit parler aux personnes qui travaillent dans la santé mentale. Nous, en tant qu'acteurs sociaux, il y a quand même un truc qui nous frappe toujours, c'est qu'on individualise de plus en plus les responsabilités, mais qu'on n'individualise toujours pas les droits. On en est toujours, par exemple, au statut de cohabitant ! On individualise les problèmes collectifs, comme par exemple le problème du chômage. On rend la personne responsable de quelque chose sur laquelle elle n'a pas prise et en même temps on développe un discours qui ferait croire qu'elle pourrait avoir une prise sur les choses, alors qu'en réalité, cette prise est illusoire. Et donc on va mettre les gens dans des processus d'accompagnement qui dans la majorité des cas ne mènent à rien. Et on le sait pertinemment bien dès le départ ! Ce sont des voies de garage. On est dans l'occupationnel. Au niveau formation, on est très largement dans ce cas-là. Ou bien on a la flexibilisation à outrance, la multiplication des petits boulots, via les petits services, via l'article 60 ou 61⁶, ou via la multiplication de l'intérim. L'intérim devient un passage obligé pour un jeune et de manière générale pour toute personne qui essaye de se réinsérer dans le marché du travail. De nouveau, dans ces cas-là, les personnes ne bénéficient pas de l'accès plein et entier à la sécurité sociale. Ce qui fonde le droit en matière de sécurité sociale, ça reste le travail à temps plein à durée indéterminée. Si vous n'avez pas un travail à temps plein à durée indéterminée, vous allez rigoler pour pouvoir vous en sortir. Donc on favorise toutes les formes de dérégulation du marché du travail, on adapte ces règles-là, mais pas au niveau des droits des travailleurs et des allocataires sociaux. Ce qui, à mon avis, devrait aussi vous parler en tant qu'acteurs de la santé mentale. Prenons le terme « *activation du comportement de recherche d'emploi* », qui est le terme officiel de la chasse aux chômeurs maintenant. Je trouve qu'il faut décortiquer ce terme car il est assez hallucinant. Je vais commencer par la fin : l'emploi, on sait tous ce que c'est et on sait bien qu'il n'y en a pas suffisamment pour tout le monde. La recherche, on sait ce que c'est aussi. On cherche, on cherche et au bout d'un moment on se décourage à force de prendre des portes dans la gueule. Ici, on n'a pas le droit au découragement. C'est quand même un élément qui pour vous est important. L'activation, c'est clair, si on considère que vous n'en faites pas assez, on va vous botter les fesses. Et peut-être le pire là dedans, le mot qui doit vous interpellier le plus, c'est « *comportement* ». Ça veut dire qu'en réalité, on vous demande de faire telle ou telle démarche, de faire, de vous comporter comme s'il y avait du travail. Le jour où nous avons interpellé Elio Di Rupo, Président du Parti Socialiste, juste avant l'entrée en vigueur du système, il est monté à la tribune le premier mai 2004, en disant : « *le PS s'engage à ce que jamais un chômeur ne soit sanctionné parce qu'il n'aurait pas trouvé d'emploi* ». Et je me suis fait agresser par des militants à la sortie du Centre culturel Le Botanique, qui me disaient : « *ho, vous avez vu ce qu'a dit le Président, vous voyez bien qu'il n'y a pas de problème* ». J'ai dit : « *ben non, il n'a rien réglé !* ». On ne demande effectivement pas aux

gens de trouver un travail, on ne va effectivement pas les sanctionner parce qu'ils ne trouvent pas un travail. On va les sanctionner s'ils ne cherchent pas de la bonne manière, même si on sait que ce qu'ils cherchent n'existe pas. Donc non seulement on leur demande de chercher quelque chose qui n'existe pas nécessairement ou qui n'existe pas nécessairement pour eux vu toutes les autres conditions qui peuvent handicaper leur recherche d'emploi, mais en plus, il y a cette notion de *comportement*, cette notion extrêmement normative et dès lors culpabilisante. Tu dois suivre tel moule et si tu t'inscris dans la case, tu n'auras pas de problème ; si tu n'es pas dans la case, on te tombera dessus. Pierre Smet me disait ce midi : « *finalement, on est les rustines du système. On essaye d'être les moins mauvaises rustines possibles, mais on n'est jamais que des rustines* ». Chaque fois que les chiffres du contrôle des chômeurs sortent, je vois le taux d'évaluation négative. Bon, nous on est tout petits, donc on aide des chômeurs qui arrivent chez nous, soit qui ne sont pas syndiqués, soit qui n'ont pas eu la réponse qu'ils voulaient auprès de leur syndicat. On en prépare 2 ou 3 par semaine, donc ça n'a rien à voir avec le nombre évidemment très important des affiliés des syndicats, mais depuis deux ans et demi que l'on fait ça, on a 100% de réussite à l'entretien. Il n'empêche que le taux d'évaluation négative au premier entretien ne cesse de grimper. Ça, c'est classique aussi : au début on applique un système de manière pas trop dure, le temps de décourager la résistance, et puis on durcit les critères. On est passé de 31 à 37% d'évaluation négative au premier entretien pour les moins de 30 ans. On a toujours dit quand on allait passer dans les tranches d'âge supérieures avec des gens qui sont vraiment des chômeurs de très longue durée, cela allait être bien pire. Dès les premiers chiffres, on a 48% d'évaluations négatives au premier entretien pour les 30-39 ans et malheureusement la prédiction que l'on avait faite se vérifie. Je dois vous dire pour les 40-49 ans, ce sera bien entendu encore pire. Et donc la seule chose que nous faisons quand nous aidons une personne à s'en sortir, c'est d'éviter qu'elle soit la personne sur trois qui se fait choper. Finalement, on permet à des gens d'échapper au bombardement mais on n'arrive pas à arrêter le bombardement. Et je pense que l'enjeu qu'on a, bien sûr on gère l'urgence, bien sûr chacun de nous, dans son secteur spécifique, essaye de faire face à l'urgence, d'éviter que la bombe ne tombe sur la gueule de la personne que l'on a en face de nous, l'urgence, c'est d'arrêter le bombardement.



Un intervenant

Je m'appelle Bart Thomas. Je crois que Patrick Coupechoux a bien démontré le lien entre sociétés et structures d'accueil psychiatriques. Je travaille dans une structure d'Habitation Protégée au centre de Bruxelles. On accueille des personnes qui sont passées en psychiatrie et on les suit en Habitation Protégée. J'ai travaillé entre autres dans le milieu de l'Aide à la jeunesse et j'ai eu des contacts avec la psychiatrie. Dans toutes ces structures, j'ai pu voir, effectivement, ce lien entre l'évolution de la société, sa déstructuration, et les impacts sur les familles. Il est démontrable très facilement. Les chômeurs et les exclus de toutes sortes, qu'on retrouve entre autres dans la rue mais aussi dans différentes structures et qui sont démunis à un tel point, ce sont des gens qui vivaient correctement mais qui à un moment donné sont conduits à l'exclusion... Et à ce moment-là, c'est l'engrenage et la dégringolade qui peuvent amener la maladie mentale. La souffrance peut amener la maladie mentale, ça me paraît une évidence claire. D'ailleurs, nous le vivons avec certaines personnes avec lesquelles on travaille. Christophe Dejours a parlé de la souffrance en France et aussi des différents types de souffrance en fonction des champs dans lesquels on se trouve, dans lesquels on vit. La souffrance, on ne peut pas la qualifier, la quantifier. Elle est très personnelle et personnalisable. Mais les exemples que M. Jacques Brouckaert a donnés, dans la vie des travailleurs des entreprises, ils s'appliquent très facilement aux situations qu'ont vécues des personnes qui se retrouvent dans des structures en santé mentale. Voilà, je voulais juste amener ça et ça touche effectivement les familles et

les enfants aussi.



Yves Martens

Pierre, ça rejoint très fort ce que tu vis aussi, si tu as envie de réagir ?



Pierre Grippa

Tout à fait. Je pense que les origines des traumatismes peuvent être très diverses. Je pense qu'il faut parler plus de traumatisme ; on a tendance à en parler en tout cas dans la littérature bien-pensante. La notion de traumatisme social est relativement peu développée au niveau de la littérature. La névrose traumatique n'existe pas dans le DSM-IV: il y a juste le syndrome de stress post-traumatique aigu. Mais la névrose traumatique ordinaire que nous rencontrons tous les jours n'existe pas, elle n'est même pas mentionnée. Alors que c'est bien de ça qu'il s'agit, de la répétition de traumatismes. Répétition souvent systématique et voulue, qui amène à une souffrance et à la décompensation des capacités adaptatives de l'individu, et qui à un moment donné mène à la maladie. Il y a un moment où, inévitablement, la résistance de tout un chacun ne peut qu'être débordée, par exemple dans les dégringolades sociales : on prend une baffe, on prend deux baffes, et puis il y a un moment où on n'est plus capable de trouver les ressources nécessaires pour remonter la pente.



Un intervenant

Et puis on ne rentre pas non plus dans la bonne case parce qu'il n'y a pas de case faite pour la personne, c'est une autre forme d'exclusion. L'exemple d'un ami, qui lui vit très bien, mais qui à un moment se retrouve à l'ORBEm où la dame lui dit : « où est-ce que je vous mets ? Je n'ai pas de case pour vous... ».



Un intervenant

Oui, peu important les structures... On parlait du DSM-IV. On travaille aussi par tiroirs. C'est un enfermement de la personne.



Une intervenante

Je voudrais faire 2 interventions. Je suis infirmière sociale et déléguée syndicale et je vais parler un peu par rapport à la délinquance. Je travaille dans un hôpital psychiatrique. Il faut savoir que, politiquement, les structures pour adolescents sont quand même assez récentes et qu'il faut gérer certains adolescents qui ont des problèmes psychiatriques. J'ai 20 ans de travail en psychiatrie et je trouve que les problèmes des adolescents sont assez élevés. Par rapport à la projection de ces jeunes dans le futur, comme travailleur dans le milieu social, c'est très important. J'ai des adolescents qui sortent après avoir eu 18 ans. Moi, mon travail, c'est effectivement de leur trouver une case et j'aimerais bien qu'ils puissent trouver une case au chômage. Je dois dire que c'est une espèce de normalisation sociale par rapport au peuple. Mais en fin de compte, on est très pervertis dans notre travail parce qu'à cet âge-là, ils ont déjà droit à des allocations familiales majorées qui les projettent dans une forme d'assistance sociale. Ce que je voudrais dire aussi en tant que déléguée syndicale, c'est que ça devient très, très difficile. Parce que, quelque part, les droits du travailleur sont bouffés par rapport au droit de la clinique. On décortique un peu les gens sur les aspects comportementaux pour pouvoir justifier des fautes professionnelles et ça, c'est une évolution assez grave.



Un intervenant

Je voudrais rebondir sur ce que vous dites parce que ça me fait penser à quelque chose qui est en train de se transformer en matière de travail. Au niveau du harcèlement sur le lieu de travail, des gens, des travailleurs, sont allés devant le tribunal du travail pour se plaindre de harcèlement et l'entreprise a contre-attaqué, pour gagner le procès, en disant que la plainte, c'était pour donner une mauvaise image de l'entreprise. Ça veut dire que le travailleur se trouvait non seulement dehors, mais devait payer des sommes faramineuses à cette entreprise parce qu'il avait terni l'image de la société en parlant de harcèlement sur le lieu de travail. On est dans une sur-violence, on est un cran au-dessus.



Pierre Grippa

La loi contre le harcèlement au travail peut être vue comme une chose positive mais elle est bâtie sur l'individuation. Je veux dire que ce sont des choses qui se faisaient, avant, au niveau de la délégation syndicale. Ici, on individualise. Ce sont ces personnes qui doivent aller dire : « *moi je suis harcelée* ». Il n'y a plus moyen d'aller revendiquer collectivement la maltraitance en disant : « *tout le personnel est maltraité, ce n'est pas possible* ».



Yves Martens

Pourquoi n'est-ce pas possible ?



Pierre Grippa

Parce que les délégations syndicales sont affaiblies au sein des entreprises. Elles sont sur la défensive. Dans les années 70, les délégations syndicales étaient à l'offensive. Aujourd'hui, ce n'est plus du tout le cas.



Un intervenant

Moi, je suis un petit peu embêté.... Je suis assistant en psychiatrie. Je suis vraiment convaincu des effets néfastes de cette loi d'activation pour les personnes sans emploi. Ceci étant, j'ai quand même un malaise quand des gens viennent me trouver pour me demander d'augmenter leurs chiffres BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée) pour obtenir une revalorisation, sachant qu'ils travaillent au noir... Ou alors des personnes qui ont un conjoint ou une conjointe qui gagne 4000 € net par mois... C'est un exemple vécu. Et qui me demandent aussi une attestation pour obtenir des droits sociaux auxquels j'estime qu'ils n'ont pas droit... enfin, pas droit... parce que je pense qu'il faut appliquer une solidarité. Et je pense que l'on peut être très critique par rapport aux lois... Je le suis aussi, je milite à gauche pour cela mais par contre, en même temps, il ne faudrait pas rentrer dans une logique où on est tous des saints et où chacun devrait avoir accès, je dirais, à davantage encore pour vivre. Malheureusement, l'effet pervers est là : quand les gens ne sont plus responsabilisés, ils ont tendance à profiter du système et malheureusement pas ceux qui en auraient besoin. Je n'ai pas de réponse politique précise à donner. On a évoqué ce matin le fait de politiser la société et je suis d'accord avec cela, mais quand j'entends dans des débats politique de gauche... Quand vous parlez uniquement de pouvoir d'achat, c'est très critiquable parce que, finalement, qui peut s'en préoccuper ? « *Tout le monde a suffisamment d'argent* », c'est un discours entendu dans les partis politiques de gauche, récemment par exemple par rapport au chèque mazout de 2005 et ça me scandalise, parce que je pense effectivement que tout le monde n'a pas accès à suffisamment de revenus aujourd'hui. Et ce constat

fait le lit d'un certain discours : « *voilà, aujourd'hui il faut changer la société, il faut rendre les gens actifs d'une certaine façon* » mais malheureusement, on ne met pas l'aiguille là où ça devrait faire mal et parfois, en tout cas quand on travaille ou quand on a suffisamment d'intelligence pour profiter du système, et bien il y a moyen d'obtenir des avantages auxquels normalement notre statut ne devrait pas nous donner accès. Je prends un autre exemple, je crois qu'il ne faut plus être dans un discours de « *western spaghetti* » où il y a les bons d'un côté et les méchants de l'autre, comme ce matin, en écoutant Patrick Coupechoux. En tant que professionnel de la santé mentale, je ne peux pas participer à ça, à cette dichotomie entre les bons et les méchants. Je pense qu'on est tous divisés et qu'il faut savoir se regarder dans la glace et ça, c'est un processus individuel, malheureusement. C'est de notre responsabilité de pouvoir se regarder dans la glace et de ne pas faire appel au travail au noir, de ne pas demander des avantages quand on n'en a pas besoin. Malheureusement, il n'y a que chaque individu qui peut se regarder dans une glace. On peut faire en sorte que ça avance, mais en même temps je suis scandalisé par rapport à certains processus. Je pense que c'est une logique, une logique de sentiment parano qui augmente dans la société, par rapport à l'Etat, par rapport au pouvoir, et je suis très inquiet de ça aussi, parce que je me dis... par exemple dans le harcèlement, que c'est très difficile de voir qui est victime de harcèlement et en même temps d'être toujours dans un processus où l'on pense que l'autre vous veut systématiquement du mal. Moi, ça m'inquiète un petit peu par rapport à notre santé mentale collective.



Yves Martens

Je ne fais pas d'angélisme mais je pense que là où vous vous trompez, c'est quand vous mettez ça sur la question de la responsabilisation. J'ai eu des accrocs très violents avec la Ministre Freya Van den Bossche. Avec Vandembroucke, c'était « *contrôle renforcé des chômeurs* » et il n'avait pas d'état d'âme par rapport à ça. Quand Van den Bossche est arrivée, elle a présenté ça d'une part en enjolivant tout cela et en mettant tout du côté de l'accompagnement et de l'autre en essayant de faire croire que ce système allait permettre une chasse aux fraudeurs. En tant qu'acteur social, on est contre la fraude sociale, soyons clairs. Maintenant, la disproportion entre la personne qui fraude socialement, l'usager qui fraude socialement – souvent pour se débrouiller, pas pour rouler en BMW – et celui qui fait vraiment de la fraude sociale en privant la sécurité sociale de... mais je ne veux même pas rentrer dans cette comparaison-là. La question qu'il faut se poser, c'est : « *est-ce que l'activation du comportement de recherche d'emploi est un système qui permet de mettre fin à certain abus de la part des usagers ?* ». Qu'est-ce que ça donne ? C'est quoi, ce système-là ? Est-ce que, par exemple, il lutte contre le travail au noir ? Absolument pas ! Est-ce que c'est un système qui va traquer les profiteurs ? Il y a des magouilleurs, bon, je pense que c'est une proportion vraiment pas super importante. Mais il y a des magouilleurs dans tous les systèmes. Je ne dis pas qu'il faut laisser les magouilleurs tranquilles. Mais un vrai magouilleur, vous changez le système, il change sa manière de magouiller, et je peux vous dire que dans ce système-ci, il est extrêmement facile de magouiller. Nous-mêmes, à notre corps défendant... Ce système ne lutte pas contre le travail au noir, il favorise même un certain nombre de magouilleurs, c'est-à-dire ceux qui ont la tchatche, ceux qui sont capables de bien se vendre, tous ceux-là sont extrêmement favorisés par le système. En plus, on revient à notre inscription dans les cases. Je suis désolé, à partir du moment où on fait des cases qui sont injustes, à partir du moment où on oblige les gens à s'inscrire dans des cases, on les oblige à mentir. Là, il y en a peut-être qui s'en sortent bien quand ils mentent et qui vont dire : « *chouette, je vais profiter du système* » et tout ça. D'abord, ils profitent du système et ce n'est pas pour autant qu'ils roulent sur l'or. D'autre part, on les oblige à faire ça. Alors, si on veut lutter contre le travail au noir, moi je n'ai pas de problème avec ça. J'ai une proposition très simple : les 180 *facilitateurs*, le fameux barbarisme qu'on a utilisé pour désigner les contrôleurs de

l'ONEM, je n'ai aucun problème, vraiment aucun problème, à ce que ces personnes-là on les recycle à l'inspection des lois sociales. Qu'on les envoie traquer le travail au noir et qu'on sanctionne ceux qui en profitent vraiment, c'est-à-dire les patrons. Parce que ce qui se passe quand on a des gens qui se font prendre pour du travail au noir aujourd'hui – et d'ailleurs les syndicats ont des études bien nettes là-dessus –, la majorité du travail au noir n'est pas du fait des chômeurs, elle est le fait de travailleurs qui font ça en plus. Travailleurs à temps partiel ou travailleurs à temps plein, mais qui font ça en plus. Il y a aussi les illégaux. Si on veut lutter contre le travail au noir, la première mesure qu'on doit prendre en Belgique, si on veut honnêtement mettre fin au travail au noir, c'est régulariser les illégaux. C'est ça qui est scandaleux : nous avons un système qui force les gens à tricher. Même celui qui a une allocation du CPAS ou du chômage, dans pleins de cas, l'Etat lui verse une allocation qui est en dessous du seuil de pauvreté, ce que lui-même reconnaît. Alors merde ! Un Etat qui verse une allocation en dessous du seuil de pauvreté à la personne, qu'est-ce qu'il donne comme message à la personne sinon : « *démerde-toi pour combler la différence entre ce qu'on te donne et ce qu'il te faut pour vivre décemment* » ?



Un intervenant

On se calme. C'est un débat très important mais je crois qu'on s'écarte un petit peu de la santé mentale.



Yves Martens

Oui, excusez-moi, ce n'est pas mon domaine.



Un intervenant

C'est vrai que c'est un débat très important et c'est vrai que le travail, comme le non-travail, dans sa conception classique, est un facteur qui peut amener des problèmes de santé mentale. Mais ce n'est pas non plus *que* les problèmes de travail : il y a d'autres problèmes, comme le logement, la famille etc. A contrario, pour des personnes psychiatisées, le travail peut être un outil de soin. Par exemple, Article 23⁷ au SIAJEF à Liège. Pour les personnes sorties des Centres de santé mentale et qui n'ont pas droit au travail, le fait de les intégrer dans une entreprise, effectivement une entreprise qui est un peu plus ouverte et réfléchie, leur permet de se restructurer, de se valoriser dans ce qu'elles font, d'avoir un intérêt collectif. Parce que c'est facile, la santé mentale c'est une personne, un diagnostic, un traitement et ça s'arrête là. Le travail peut être aussi une source d'intérêt. Je pense que tout le monde est d'accord parce que je me dis qu'autour de la table beaucoup de gens dans leur travail de tous les jours sont aidés par le travail qu'ils font. Pour la personne psychiatisée, le travail peut être un outil fondamental, un outil de soin. Il faut faire attention, il ne faut pas trop dévier, le travail n'est pas que mauvais.



Yves Martens

D'accord.



Une intervenante

Par rapport au travail en général... C'est très rare que des gens se sentent vraiment bien dans leur travail actuellement. Bon, maintenant vous donnez l'exemple d'Article 23, mais c'est uniquement accessible aux personnes qui ont un problème de santé mentale. Les autres, ceux qui n'ont pas encore de problème de santé mentale, ils doivent déjà travailler

dans des endroits où ils vont tomber en dépression, attraper un problème de santé... pour avoir accès à ces initiatives-là. Je voudrais aussi profiter de cette occasion pour témoigner de mon vécu. Je suis moi-même usagère en santé mentale. J'ai une maladie mentale et je n'ai même pas dû aller jusqu'à travailler pour sentir la pression sociétale du monde du travail qui envahit ma fratrie, de sorte que j'ai été jugée par ses membres qui soi-disant me connaissaient et me prenaient pour quelqu'un de fainéant. Alors que mon parcours scolaire a bien montré le contraire... j'ai toujours été assidue et dès la sortie de mes études, j'ai senti que je *devais* travailler dans le mois ou dans les deux mois, qu'il y avait déjà une pression sociale extrême, de sorte qu'à l'heure actuelle, je ne travaille toujours pas et j'ai aggravé mes problèmes de santé mentale. J'ai été à l'hôpital pendant un an et demi, etc. Maintenant, je remonte la pente. Je n'ai même pas dû rentrer dans le monde du travail... Mais tout ce que j'entends ici, tous ces témoignages, je les comprends extrêmement bien. Je comprends tous ces gens qui travaillent. En entendant les membres de ma fratrie qui, eux, souffraient de leur travail et qui me culpabilisaient, moi, de ne pas travailler, de ne soi-disant pas chercher du travail. Je sentais... « *Mon Dieu, le monde du travail, c'est comme ça !* » Au point qu'ils étaient prêts à me trahir ou à ne plus me reconnaître parce que je ne travaillais pas. Ceci pour vous dire à quel point cette pression est forte.



Une intervenante

Je suis assistante sociale et je travaille dans un service de santé mentale. Je voudrais intervenir par rapport à l'invalidité et l'insertion par le travail... Je voudrais simplement souligner le fait qu'en tant qu'intervenant, on a souvent ce rôle non dit de réinsérer les gens dans une société normative où les choses vont de soi, et où le travail fait partie de l'insertion. Je voudrais souligner que, pour un certain nombre de personnes que je suis, le travail est synonyme d'une destruction. Pour ces dernières, ça les fait vivre en dehors de la société dans une certaine marginalisation... On travaille avec des gens pour qui le travail est une insertion et un signe de bonne santé mentale et a contrario avec des gens pour qui le travail va être destructeur de leur santé mentale. Je voudrais simplement que l'on soit attentif à ça... Une expérience n'est pas une autre, une histoire n'est pas une autre. On a une image du bon patient qui fait de beaux petits projets, mais à côté de ça on travaille aussi avec des gens complètement déstructurés et il faut tenir compte de ça aussi. Il y a un mythe de la bonne insertion au-dessus de nos têtes, mais il faut aussi savoir travailler avec l'échec.... Et le fait de bénéficier du statut d'invalidé, c'est aussi une reconnaissance par rapport à un parcours.



Pierre Grippa

Deux petites remarques par rapport au monde du travail. D'abord, effectivement, il y a des pays, comme la Hollande, qui ont dégonflé leurs statistiques du chômage en augmentant leurs statistiques d'invalidité. En fait c'est kif-kif : le total d'inactifs ne change pas, on peut les changer de case sans problème. Deuxième remarque : il y a travail et travail, évidemment. Je pense que ce qu'on visait ici, c'était plutôt le travail dans les entreprises qui ont déclaré la guerre économique totale, donc qui se vit dans des stratégies guerrières par rapport à leur position sur le marché.... Il est bien évident que le non-marchand n'est pas dans cette logique. Les conditions de travail, on peut l'espérer, ne sont pas les mêmes.



La salle

Encore que ! Pas encore ! Quoique !



Christian Marchal

Je travaille à l'Autre « lieu » et notamment avec un groupe d'entraide, La Graine. Je connais le projet Article 23 et je trouve que c'est quelque chose de formidable, c'est une façon positive d'envisager le travail. Votre finalité n'est pas une finalité économique, c'est une finalité d'insertion pour que les gens aillent mieux. Tandis que dans une entreprise « normale », c'est une finalité économique et c'est faire plus de pognon, en bref. Mais c'est ça qui fait souffrir. J'entends aussi deux discours : des gens qui ont des valeurs très fortes vis-à-vis du travail, c'est encore une valeur de réinsertion très importante, mais ils ont aussi conscience de cette fragilité qu'ils ont en eux et ils ne savent plus se confronter à ce champ du travail, c'est impossible pour eux, et ça, je crois que l'on doit l'accepter et l'entendre aussi. J'ai une personne qui me dit : « moi, non, je ne travaillerai plus jamais, je me suis mis dans l'écriture » et cette personne va bien. Laissons-la là où elle est, pour moi elle va bien. D'autres personnes vont tenter de se réinsérer parce que quelque part ils se sentent stigmatisés par un diagnostic psychiatrique et quelque part le travail est un moyen de réinsertion important. Il faut être très nuancé là-dedans, il n'y a pas un usager en santé mentale type. Je crois qu'il faut vraiment être à l'écoute et aller dans le sens où ils le veulent, où ils le sentent, dans le sens de la subjectivité propre à la personne.



Un intervenant

Moi je suis sociologue de formation, la santé mentale je ne connais pas très très bien. Mais pour revenir à la question de tout à l'heure sur la responsabilité, moi, j'ai l'impression qu'au niveau politique, dans l'analyse politique sur l'axe gauche/droite, cette question sur la responsabilité, elle est vraiment centrale. Finalement, la gauche considère la responsabilité comme quelque chose de plutôt collectif, elle va s'interroger sur les déterminismes, sur tout ce qui pèse finalement sur le parcours de l'individu et l'empêche d'être totalement libre, d'avoir la marge de manœuvre maximale. La conséquence de ça, on trouve qu'il faut de la solidarité pour « compenser ». Alors qu'à droite on va plutôt insister sur la responsabilité individuelle en faisant peser à ce moment-là tout le poids sur chaque personne qui est seul maître de son destin, etc. Mais par rapport à la question du chômage, dire finalement à une personne sans emploi que c'est un effet global, donc que « ce n'est pas sa faute », c'est tout à fait vrai mais en même temps est-ce qu'il n'y a pas un risque, un effet pervers de priver cette personne de son statut d'acteur, finalement ? Parce qu'alors, la marge de manœuvre qui lui reste en tant que personne, même si elle est toute petite, elle ne peut même plus la saisir parce qu'elle se dit : « de toute façon, je suis le jeu de forces qui me dépassent complètement ».



Yves Martens

Votre lecture de l'axe gauche/droite – je ne sais pas très bien qui vous mettez à gauche et si vous considérez que les partis dit socialistes ou socio-démocrates sont de gauche – n'est pas pertinente parce que toutes ces politiques d'activation viennent à la base du parti socialiste européen qui les ont proposées comme grand projet social, avant le sommet européen de Lisbonne⁸ en mars 2000 et la stratégie de Lisbonne qui en a découlé. C'est vraiment une volonté des socialistes. C'est Frank Vandembroucke et, avant lui, Johan Vande Lanotte pour les bénéficiaires du revenu minimum d'intégration... L'activation, ça vient bien des ministres socialistes, certes flamands, certes à l'école Blairiste, mais ça vient de ministres dits socialistes. Après le sommet fédéral de Gembloux, en janvier 2004, quand on faisait remarquer au Ministre libéral des Finances, Didier Reynders : « tiens, finalement, c'est un sommet très libéral parce que vous avez obtenu la revalorisation des pensions des petits indépendants et le contrôle renforcé des chômeurs », il répondait : « non non, les libéraux vou-

laient l'amélioration de la pension pour les indépendants et ils l'ont obtenue ; les socialistes voulaient le contrôle renforcé des chômeurs et ils l'ont obtenu ».



Un intervenant

Je n'ai pas parlé de socialisme.



Yves Martens

Ça, j'entends bien ! Je veux simplement préciser, parce que ça peut ne pas être évident pour tout le monde, que dans cette lecture-là de l'axe gauche/droite, il ne faut pas mettre les socialistes à gauche. Ce n'est pas parce qu'on explique à quelqu'un qui est au chômage que ce n'est pas de sa faute qu'il n'a pas de moyens pour en sortir. Je refuse cette culpabilisation individuelle des gens. Ça ne veut pas dire que je refuse l'accompagnement individuel des personnes mais avec un vrai travail d'insertion et pas par des démarches administratives qui ne tournent à rien, qui servent juste à satisfaire des critères à la noix et à faire des parcours administratifs dans lesquels on enferme les gens pour satisfaire l'ONEM. Je n'ai aucun problème par rapport à des suivis actifs des chômeurs dans les termes d'accompagnement non liés à des processus de sanctions, avec vraiment du travail d'insertion socioprofessionnelle. Je dis au contraire qu'actuellement, on pervertit le travail d'insertion socioprofessionnelle en le faisant dépendre de critères de satisfaction par rapport au contrôle de l'ONEM. Par ailleurs, je reste convaincu personnellement que l'emploi, mais l'emploi avec des garanties fortes, l'emploi à temps plein à durée indéterminée, avec une protection syndicale forte, avec une réduction générale du temps de travail etc., je pense que cela reste quelque chose d'important socialement pour les individus. Mais il ne faut pas non plus croire que les gens, parce qu'ils sont au chômage, ne foutent rien ! D'ailleurs, comme il y a beaucoup de gens de l'associatif ici, beaucoup de projets associatifs ne tourneraient pas s'il n'y avait pas des chômeurs disponibles, bénévoles, volontaires, actifs. Si on voulait aussi reconnaître cette réalité, que ce n'est pas parce que quelqu'un est au chômage que c'est un parasite ou un inactif, ce serait aussi un point important.



Pierre Grippa

Ce que je voulais dire tout à l'heure, c'est qu'il y a travail et travail, emploi et emploi. Il y a des emplois qui offrent des valorisations personnelles et des sentiments de satisfaction et comme par hasard ce sont souvent les mieux payés. Et il y a des travaux qui n'ont pas d'autre objectif pour la personne que d'être alimentaires : on le voit bien au niveau de l'absentéisme, au niveau des maladies, etc. Plus on descend dans l'échelle sociale, plus les travaux sont inintéressants, plus les pathologies sont fréquentes et ça se retrouve jusque dans la prison, où les gens qui n'ont pas terminé l'école primaire sont beaucoup plus représentés qu'ailleurs. Dans le travail, il y a des choses très différentes.



Une intervenante

Je voulais marquer mon étonnement par rapport à l'intervention de tantôt, quand vous parliez des chômeurs qui étaient inactifs. Moi, j'ai été au chômage très longtemps et ce n'est pas parce qu'il n'y avait pas beaucoup de travail que je n'allais pas en chercher et rester les bras ballants en me disant « *ce n'est pas de ma faute* ». Et ce n'est pas pour ça que l'on va devenir des profiteurs.



Yves Martens

Je voudrais dire aussi en conclusion, j'ai plus l'habitude d'être participant impliqué, militant, qu'animateur, et j'ai peut être réagi trop fort à votre intervention. Vous n'avez jamais dit que les chômeurs étaient tous des profiteurs, ça, c'est bien clair.



Un intervenant

J'ai été chômeur aussi et je n'ai rien contre les chômeurs, mais je pense qu'il y a une logique de séduction. En tout cas, en tant qu'individu, être humain et donc soumis aussi à l'action psychique, à la subjectivité, moi je pense que je fonctionne... j'espère souvent par la carotte, mais de temps en temps par le bâton, malheureusement. Bien sur, je suis contre cette loi, vraiment je suis contre. Je voulais simplement dire qu'il y a des personnes qui sont exclues pour de bonnes raisons. J'en connais une personnellement, qui gagnait 4.000 € par mois et qui heureusement a eu à un moment donné un système de contraintes et qui a dit : « moi, je ne vais pas à ces entretiens ».



Yves Martens

Je parlais par rapport à l'activation du comportement d'emploi. Je ne parlais pas par rapport à d'autres types de décisions.



Un intervenant

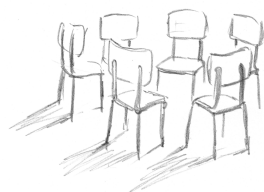
Ça, j'ai bien compris, mais je pense que le grand danger de la gauche - puisque manifestement il y a des sensibilités plutôt de gauche de par votre venue ici -, c'est d'être dans quelque chose qui n'est pas nuancé : « *les patrons sont tous mauvais et les chômeurs sont tous bons* »... Je caricature mais c'est ce que j'ai cru entendre tout à l'heure et ça a un peu titillé mon oreille de psychiatre, effectivement. Moi, je travaille sur ces questions de la responsabilité et, bien évidemment, il est à nuancer la responsabilité et la culpabilité. On peut travailler l'encouragement sur le soutien sans dire : « *s'il n'y arrive pas, vous êtes coupable de quelque chose* » et ce n'est pas du tout ça que j'ai voulu dire. Je suis quand même surpris par la tonalité, comme si j'avais dit effectivement... comme si j'étais là pour soutenir Vande Lanotte, Vandenbroucke ou Van den Bossche.



Yves Martens

S'il y a une part de ma réaction qui a induit ce quiproquo, veuillez m'en excuser. Je terminerai par une citation du sociologue Loïc Wacquant : « *la nouvelle société est libérale paternaliste : elle est libérale en haut envers les entreprises; paternaliste et punitive en bas envers ceux qui subissent le chômage, la précarisation de l'emploi et la diminution de la protection sociale* ». Pour prendre un exemple tout bête, moi je suis tout à fait d'accord de traquer le travail au noir, quand on est dans une situation de travail au noir, plutôt que de donner une amende qui ne représente rien pour l'employeur et qui va réengager quelqu'un au noir et payer l'amende aussi souvent qu'il faut. Ça restera bien plus intéressant pour lui que d'exclure le chômeur de l'ONEM. J'ai une proposition très simple à faire : qu'on oblige les employeurs qui sont pris en flagrant délit d'emploi au noir de régulariser ces personnes en les engageant à durée indéterminée et sans période d'essai. Ce serait beaucoup plus utile pour tout le monde. Je ne veux pas faire d'amende pour les méchants employeurs. Mettons-les devant leur responsabilité. Et si on veut être dans une logique de responsabilité, activons le gouvernement qui nous a promis 200.000 emplois et qui essaye de nous faire croire qu'il y en a 150.000 alors que c'est essentiellement du travail

précaire. Activons les entreprises parce que si on oblige les chômeurs à envoyer des centaines de candidatures, on n'a toujours pas activé l'obligation d'y répondre. Ce que je veux simplement dire, parfois c'est vrai de manière passionnée, c'est qu'on arrête de faire porter le maximum de la responsabilité sur les plus faibles ! Je vous cite un exemple quand même incroyable : un chômeur est moins bien considéré qu'un criminel. Il y a une présomption de culpabilité sur les chômeurs. Il faut quand même savoir que quand il y a une audition litige, déterminée éventuellement d'une sanction, le chômeur est suspendu préventivement de ses allocations. Donc non seulement ces nouveaux types de contrôle renforcé des chômeurs ne visent pas à lutter contre le travail au noir, mais ça le favorise. Car, que vont devenir à votre avis les exclus du chômage qui se retrouvent éventuellement – les conditions d'octroi ne sont pas les mêmes – au CPAS ? Ils risquent d'avoir le même problème par rapport à l'activation, par rapport à leur disposition au travail. En plus, il y a encore tous ceux qui n'osent pas ou ne veulent pas aller se présenter au CPAS. Et bien, les gens qui sont rejetés, qui sont exclus du système du chômage, c'est une voie royale pour le travail au noir, bien sûr.



ATELIER 3

SOIGNER LE MAL ÊTRE : UNE COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE ET / OU UNE COMPÉTENCE PROFANE ?



Charles Burquel

Il y aura deux exposés faits par Jean de Munck et Patrick Coupechoux autour du thème de l'atelier en guise d'introduction à la problématique. Des personnes-ressources, qui ont participé à l'élaboration de l'atelier, sont présentes, prêtes à intervenir et à exemplifier leur propos, à rebondir en quelque sorte : Mounia Ahammad, Florian Ruymen, Nathalie Rigaux, Marianne Prévost. « *Soigner le mal être, une compétence professionnelle et / ou une compétence profane ?* ». La question est déjà apparue ce matin, elle est peut-être encore plus aiguë que ce qu'on a pu en dire.

C'est la question du « *qu'est-ce qui fait soin* », « *qu'est-ce qui fait fonction soignante ?* ». Ce n'est pas toujours l'intervention des professionnels ou des spécialistes dans tel ou tel domaine qui permet à quelqu'un d'aller mieux. Cela dit, encore faut-il voir ce qu'on entend par tous ces termes généraux, « *soigner* » ou « *mal être* ». Mais on sent que quelque chose de cet ordre-là survient, et cela même du côté des professionnels. On voit bien que ce n'est pas toujours ce qu'on a appris comme professionnel qui va nous servir à pouvoir travailler avec des patients ou un groupe de patients dans le cadre des institutions où on travaille, ou dans des quartiers où on a pu développer certaines actions. D'où la question du rapport au savoir. Ça existe aussi dans ce qui peut se passer au sein des associations de patients. Il y a toute une série d'éléments qui font soin – même si je sais que le mot « *soin* » est décrié – c'est-à-dire quelque chose qui peut aller dans un sens où on se reconstitue subjectivement. Après ce qu'on a entendu ce matin, on voit bien que c'est quelque chose de beaucoup plus large que ça.

Le deuxième élément sur lequel il faut réfléchir, c'est la notion du type de savoir que la personne peut avoir sur elle-même. Ce savoir qui est aussi là à son insu, qu'elle peut progressivement découvrir ; ce type de savoir, à la fois individuel et singulier mais aussi collectif, dans le sens de savoir profane, fait aussi soin et doit être pris en considération. La personne a toute une série de compétences par rapport à des questions de santé mentale, liées à celles de ceux que l'on qualifie professionnels de la santé mentale. Et c'est d'autant plus important que, souvent, dans les écoles où on se forme, où on devient un professionnel de la santé mentale, on ne tient pas assez compte de ces éléments-là, ou on n'est pas assez formé pour être attentif à ces questions-là. Ne faudrait-il pas changer ce rapport au savoir, changer la manière de penser ce rapport au savoir consensuel du professionnel, une manière de ne pas tenir compte uniquement du savoir appris mais aussi du savoir lié à sa propre histoire, son propre savoir consensuel ? Celui-ci n'est-il pas quelque chose d'aussi important que le savoir réifié, lié à nos lieux de formation ? Cela ne résonnerait-il pas plus avec une façon de vivre, de s'approprier sa vie, des personnes que nous rencontrons ?

La troisième question était la suivante : n'y a-t-il pas petit à petit peut-être dans les expériences professionnelles et individuelles que l'on a, des façons de résister à ce système social, c'est-à-dire de se positionner d'une certaine façon ? C'est ce qui permet aussi de faire santé mentale et de faire soin. Ça, c'est une question que nous avons dans le groupe préparatoire à l'atelier, parce qu'on était frappés du nombre de gens qui ont des expériences d'un tout autre ordre que celles du discours officiel. Et ça fait résistance... Mais comment ça se traduit ces choses-là ? Il y a souvent des multiplicités d'expériences d'un travail en profondeur sur des questions liées à la santé mentale, et ces expériences ne correspondent pas au discours officiel. Ici, à l'Autre « lieu », il y a aussi l'intérêt de se rapprocher du savoir citoyen sur ces questions, d'où toute l'importance que nous accordons à cet atelier. Je passe maintenant la parole à Jean de Munck.



Jean de Munck

Je suis bien content d'être parmi vous, puis aussi parce que c'est l'anniversaire de l'Autre « lieu »... L'Autre « lieu », c'est quand même quelque chose de significatif dans l'histoire de la psychiatrie et de la santé mentale puisque l'Autre « lieu » est né de l'anti-psychiatrie – pas uniquement, il y a eu d'autres affluents que l'anti-psychiatrie – et se spécifie une place très particulière à la fois dans le territoire de la santé mentale et dans son histoire, dans sa jeunesse. Je pense que, même si on peut avoir des réticences aujourd'hui à l'égard de l'anti-psychiatrie, ce qui est mon cas puisqu'on peut toujours après coup faire une critique, l'anti-psychiatrie a quand même eu le mérite de poser de manière radicale – et c'est toujours le mérite des radicaux – la question de la santé mentale en dehors du champ strict de la médecine ; d'ouvrir donc une interrogation sur le social et les déterminants sociaux non seulement de la maladie mentale mais de la réponse à la maladie mentale qui n'est pas une réponse purement experte. Ça a été quand même l'apport de l'anti-psychiatrie, quelles que soient les réserves que nous pouvons avoir aujourd'hui à son égard quant à ses formulations précises. On se situe donc dans ce sillage.

Je vais prendre les choses plutôt sous l'angle du sociologue et commencer à rappeler qu'il est très mauvais de poser a priori que la psychiatrie s'occupe de santé mentale ou de maladie mentale. Ce n'est pas du tout la manière dont un sociologue prendrait la chose ; il prendrait plutôt la chose en disant, et c'est d'ailleurs vrai pour la médecine, que la médecine, ou la psychiatrie, s'occupe de la déviance. Le problème numéro un dont il s'agit, c'est de la déviance. Et de la déviance dans tous les sens du terme. Il y a déviance de comportement lorsqu'il y a infraction juridique, il y a déviance aussi lorsqu'on est malade. Etre malade, c'est être déviant. C'est-à-dire ne plus pouvoir, du point de vue de la société, remplir ses rôles sociaux là où on est attendu, là où la norme nous attend, c'est-à-dire comme travailleur, comme époux, comme amant, comme père, comme mère. Au fond, le premier problème qui est traité, c'est bien l'inaptitude d'un certain nombre de personnes, à un moment donné de leur existence, d'être là où on les attend. C'est-à-dire que ce qui est traité, c'est un trouble de l'intégration sociale. Je pense que tous les sociologues qui se sont penchés sur la médecine, et en particulier sur la psychiatrie, seraient d'accord avec ça. Même Parsons, pas seulement Foucault. La question de savoir s'il s'agit d'une maladie, d'une souffrance, l'identification du trouble, est une question seconde qui n'est pas résolue uniquement a priori à partir d'une définition qui irait de soi de la déviance. Il y a beaucoup d'autres fonctions qui s'occupent de la déviance... Pas seulement la médecine... La police ou le droit, par exemple. Donc, dans une société, pour traiter le problème de la déviance, de la non-intégration, plusieurs instances se proposent, sont en concurrence, se complètent, s'articulent et se contredisent. Et toute la question de la définition spécifique du champ de la médecine et de la psychiatrie doit être pensée dans cette économie générale où interviennent beaucoup d'autres instances. On ne peut pas aujourd'hui

penser la question de la professionnalisation du psychiatre ou du médecin indépendamment de la question de la professionnalisation du policier, ou de la fonction professionnelle du juge, ou de la fonction professionnelle de l'assistant social, lui aussi préposé à la déviance. Si vous voulez, sociologiquement parlant, une identité professionnelle change lorsque les autres identités professionnelles changent. Ça, c'est une clé fondamentale. Ça nous évite de nous poser sans cesse la question « *qu'est-ce qu'est vraiment une maladie ?* ». La réponse à ce qu'est la maladie, c'est « *allez voir ce qu'est la délinquance* ». C'est-à-dire ce qui n'est pas la maladie. Pour savoir ce qu'est la maladie, il faut savoir ce que c'est la délinquance, et il faut savoir ce qu'est un problème social qui n'est pas non plus une maladie. Il faut savoir comment une société définit cette économie générale de la déviance et la répartition de différents rôles, comment elle fait pour traiter cette déviance, qui est donc un trouble de l'intégration sociale. C'est-à-dire un trouble à la fois dans le sentiment d'appartenance des gens à un groupe, le sentiment que les autres appartiennent au même groupe ; ce sont les problèmes d'atteinte à autrui comme des atteintes à soi-même, des problèmes d'atteintes à l'identité du groupe. Donc vous vous trouvez devant une masse de problèmes spécifiés selon différentes fonctions qui interviennent.

L'hypothèse générale que nous pouvons faire, c'est que depuis 25 ans, les principes d'intégration sociale des sociétés occidentales dites avancées sont entrées en révolution. Je dirais que ce n'est pas une hypothèse historiquement tout à fait inédite. On peut, dans l'Histoire, repérer très facilement d'autres moments où les principes d'intégration sociale explosent littéralement et obligent à une reconfiguration générale des modes de régulation. Par exemple, les années 1830-40 furent des années particulièrement difficiles à vivre pour les sociétés européennes traversées par d'immenses conflits ; ce sont les années que raconte Balzac, les années très difficiles de la montée du capitalisme industriel. Et cette montée du capitalisme industriel faisait littéralement voler en éclats tous les schémas de socialisation antérieurement acquis. Schémas familiaux, schémas cléricaux, schémas paysans, tout ça volait en éclats et se recomposait de manière extrêmement difficile. Karl Marx en a été le témoin. Aujourd'hui, nous nous trouvons probablement dans une situation historique qui, par l'ampleur de la crise, sa profondeur et son origine, participe – avec un contenu très différent – du même type de transformation. Depuis une trentaine d'années, nous avons basculé de société. Ça ne se fait pas du jour au lendemain, évidemment. Tout ça, ce sont des processus très lents. Mais ce qui est tout à fait essentiel, c'est qu'à partir des années 70–80, on peut le repérer parce qu'on est suffisamment loin – la société occidentale bascule parce qu'elle quitte le monde industriel de façon irréversible, et la désindustrialisation globale est très forte. Ce qui change la structure sociale. Désormais nous ne sommes plus qu'à 15 ou 20% d'ouvriers, là où il y en avait 50% en 1914. Nous sommes à peu près à 65% d'activité tertiaire, ce qui veut dire que l'économie est passée aux services dans tous les sens du terme ; en témoigne l'explosion considérable des Services de santé mentale. Ça signifie donc que les règles de productivité, de rentabilité de cette société, sont en train de changer du tout au tout. On ne produit plus de la richesse ou de la rentabilité, comme dans l'ancienne société, et donc les principes d'intégration des gens dans cette société subissent en conséquence une transformation radicale. Vous pouvez donc imaginer que la transformation des principes d'intégration va entraîner inévitablement une transformation des fonctions d'intégration et de réparation de la déviance : la police, le juge, le psychiatre, le médecin, l'assistant social. Nous sommes dans ce tourbillon.

Comment qualifier la transformation que nous vivons, cette transformation des principes d'intégration sociale. On peut le faire négativement et dire que nous nous trouvons effectivement devant une déstructuration globale des grands appareils d'intégration. Appareils de la société industrielle qu'elle avait réussi à stabiliser après sa grande crise de la famille, famille biparentale stable, caractérisée par une conjugalité stable. A partir des années 70, on voit le taux de divorce exploser ; et

en même temps que l'explosion de ces chiffres, la société devient post-industrielle. Donc, famille, école, avec une structuration de l'école très forte, pilotée par l'Etat, très intégrateur, avec des mécanismes de droits sociaux progressivement construits qui ont permis l'intégration d'une classe d'abord marginalisée au sein de la société. Donc l'Etat, l'Eglise et l'Armée. Phénomène pas assez souligné, c'est la disparition de la conscription militaire, forme de révolution souterraine, c'est-à-dire qu'on ne voit pas. C'est contemporain des années 80-90. Jusqu'aux années 80-90, il y avait la conscription obligatoire, un mécanisme d'intégration fondamental de la société. Négativement, on peut donc dire qu'on voit disparaître toute une série de mécanismes. Mais, positivement, qu'est-ce qui émerge ? C'est ça la question aujourd'hui. Alors, c'est là que je voudrais faire trois propositions qui permettront de situer un certain nombre d'enjeux pour le secteur de la santé mentale par rapport à ce qui est en train de se passer positivement... Parce que nos sociétés ne sont pas désintégrées et il n'y a pas de désordre social : nos sociétés parviennent à tenir le cap malgré de grandes difficultés / contradictions / poches d'exclusion. Nos sociétés parviennent à maintenir suffisamment d'intégration, et c'est la grande force des sociétés capitalistes, au moment même où tout bouge ! Il y a un certain nombre de principes qui sont utilisés pour restaurer en quelque sorte de l'intégration sociale, de l'ordre social. La caractéristique générale que ces principes d'identité en voie de construction présentent – et c'est une difficulté, même pour l'analyste –, c'est d'être situés à un niveau plus abstrait que les principes d'identité qui structuraient la société industrielle. Appartenir à une famille, appartenir à un pays, appartenir à une école – pensons au patriotisme scolaire que l'on voit se développer à partir des années 1910-1920 – tout ça, c'est tout de même assez concret, ça nous donne des communautés concrètes. Ce qui est caractéristique aujourd'hui, c'est que les stabilisations d'identité tournent beaucoup moins autour de référentiels substantiels, de conformisme et de sentiments d'appartenance. On passe à des référentiels beaucoup plus abstraits. Par exemple, un référentiel très abstrait de construction d'identité, c'est la notion d'authenticité : il faut être authentique. C'est une norme qui est sensée se diffuser, se répéter... Ça fait bien principe d'intégration. Mais le propre de cette notion, c'est que nous n'en connaissons pas le contenu ! On voit bien ce qu'il faut faire pour être un patriote belge en 1940, même encore en 1960... Mais, pour être authentique, ça ouvre un champ de possibilités illimité. L'essentiel ne porte pas sur le contenu du comportement mais sur le rapport au contenu. C'est plus abstrait. Comment on fait vivre, dans une société comme celle-là, des principes d'intégration très abstraits ? C'est ça la question.

Alors, voilà mes trois propositions.

- Première proposition : la société actuelle développe un mécanisme d'individualisme méthodologique institutionnalisé.
- Deuxième proposition : la société contemporaine développe les libertés négatives et s'appuie sur elles pour intégrer et distribuer les rôles dans notre société.
- Troisième proposition : la société contemporaine projette un idéal d'identité flexible, multiple, adaptative, transformable, qui se situe à un niveau plus abstrait, plus difficile à gérer que les identités stables ou fixes qui vous lient justement à l'établissement, à la nation, à l'église, à la religion, etc.

Je pense que dans ces trois voies, que je vais reprendre une par une, la santé mentale est convoquée désormais à titre de régulateur. Cette fois-ci, on redéfinit les normes de l'intégration et on va donc redéfinir le type d'intervention attendu d'un professionnel, dans le fil de ce qu'on a toujours demandé à la psychiatrie comme fonction de lutte contre la déviance, comme fonction intégratrice, en liaison avec les autres professionnels.

Première proposition : l'individualisme méthodologique institutionnalisé.

L'individualisme méthodologique, c'est une méthode en sciences sociales, une méthode qui consiste à considérer que le social n'existe pas en tant que tel, qu'il n'y a pas de collectif. Il y a simplement des individus qui agissent et interagissent. Par exemple, des individus stratégiques qui poursuivent leur intérêt et qui entrent dans un jeu. Alors, méthodologiquement, on fait comme si, par exemple, une école n'existe pas ; ce qui existe, ce sont les individus qui sont en interaction et qui font surgir un effet qui est l'école. Maintenant supposons qu'on se trouve devant une bombe atomique sociale et que ces individus se détachent complètement les uns des autres : l'école disparaît. Ça, c'est l'individualisme méthodologique. C'est une certaine option en sciences sociales qui a d'ailleurs connu un regain d'intérêt très fort, notamment de par le fait qu'elle est liée à l'axiomatique économique classique. L'économie politique classique est individualiste méthodologique. Mais ce qui semble important pour nous, c'est que l'individualisme méthodologique est devenu une pratique. Ce n'est pas seulement une théorie du social, c'est devenu une pratique institutionnelle. C'est la pratique de responsabilisation. C'est la pratique du « *up to you* ». C'est-à-dire que, ne parvenant plus à structurer de manière substantielle un ensemble de normes, on responsabilise les individus. Pour tout ce qui leur arrive, en bien comme en mal. Evidemment, c'est une abstraction, comme l'individualisme méthodologique est une abstraction, puisqu'on fait comme si l'individu était effectivement maître à bord et parvenait à tout moment à faire des choix conscients, volontaires, informés. Donc, on construit des dispositifs qui permettent d'alléger, dans une situation très instable, la charge de la régulation qui pèse sur le collectif pour la reporter sur l'individuel. Par exemple, on fait s'évanouir – ce qui était le cas ces 20 dernières années – les normes de sexualité. La société libérale ne dit plus ce que c'est une bonne vie sexuelle, en particulier pas la conjugalité et toutes ces choses-là. Mais, en revanche, on va remplacer cette norme par une responsabilisation, c'est « *up to you* » : vous pouvez faire tout ce que vous voulez, mais s'il vous arrive quelque chose, c'est vous qui êtes responsable, si vous attrapez le sida par exemple. Donc il y a une responsabilisation, un déplacement de la charge de la régulation... On fait peser cette charge sur le dos des individus. C'est une tendance lourde que l'on peut repérer dans tous les secteurs de la vie sociale aujourd'hui, que ce soit en matière éducative ou en matière de santé. Vous voyez très bien ce déplacement s'opérer. Il s'opère parce qu'il n'y a plus de normes substantielles comme telles. C'est la mise sur pied des dispositifs de singularisation, de repérage, à tout moment et dans toutes les institutions, de la part de responsabilité donc qu'un individu porte sur ses épaules. Ça pose d'énormes problèmes parce que ce qui arrive dans une société, c'est l'interaction de la société qui le produit, ce n'est pas un individu. Mais on fait fictivement comme si ce qui arrive, c'est l'individu qui le produit ! C'est l'individualisme méthodologique pratique ou institutionnalisé. Dans ces dispositifs, les psychologues et les psychiatres sont appelés à jouer un rôle particulier parce que, sous un certain angle, ils se présentent comme des spécialistes de l'individualisme méthodologique. Ce sont les spécialistes, comme on dit, du facteur subjectif, comme on dit. Evidemment, ils sont très utiles à ce type de régulation puisque le problème est justement d'identifier ce facteur subjectif. Quel est le facteur subjectif dans la situation d'un chômeur qui ne trouve pas d'emploi ? On ne considère pas le fait que, dans son environnement, il n'y a pas d'emploi, parce qu'il peut très bien ne pas y avoir d'emploi... la question est de savoir quelle est sa place à lui, dans sa position à lui, et pour cela, on a besoin des psychologues. Il y a là un traitement de la déviance de type individualiste qui est mis en place et auquel les psychologues et les psychiatres sont appelés à répondre, puisque leur fonction, c'est de répondre à la déviance. C'est une des raisons de la psychologisation généralisée qui n'est pas du tout à mettre du côté du narcissisme. Il faut plutôt la mettre du côté des régulations. C'est d'ailleurs pour ça qu'on crée des postes pour psychologues, les facultés de psycho sont pleines. Donc on alimente le marché du travail, la profession. Comment les psychologues et les psychiatres doivent-ils se situer par rapport à cette place à laquelle on les met ? Moi, ma position, ça

serait de dire, dans l'esprit de ce que Charles Burquel a dit en commençant, qu'il y a les ressources pour résister, en psychologie et en psychiatrie, à cette position. Mais on ne résiste pas en disant simplement – comme je l'entends très souvent – que « *nous les psychologues, nous prenons les cas un par un* ». Au contraire, là, on ne fait que renforcer le mécanisme. Il faudrait plutôt dire qu'on « *prend les cas un par l'autre* », réintroduire dans le traitement d'une situation problématique la part de l'autre, comme on dit la part du diable, par rapport à l'idéologie individualiste prégnante. Réintroduire la part de l'autre, c'est très précisément ce qui est le but de la cure analytique en fait. Parce que la cure analytique commence par un individualisme méthodologique : « *monsieur, si vous êtes en retard, les circonstances ne m'importent pas, c'est vous qui êtes responsable* ». Vous connaissez ça. Il y a donc un individualisme méthodologique qui est à la base de la cure analytique, mais justement pour faire apparaître la part de l'autre. Pour faire apparaître que le sujet n'est pas du tout souverain. Et la cure va se terminer non pas quand le sujet a reconquis sa maîtrise, mais quand il parvient à reconnaître l'autre, l'irréductible, et à traiter le dispositif comme une escroquerie. Une escroquerie intelligente, puisqu'il s'agit au fond de commencer par l'individualisme méthodologique pour terminer sur la reconnaissance qu'il y a de l'autre. A ce moment-là, une cure peut se terminer. Ça peut prendre beaucoup de temps comme chacun sait. Donc, je pense qu'il y a des ressources dans un certain discours psychiatrique ou psychanalytique pour résister à cette position de régulateur qu'on essaye de faire jouer aujourd'hui dans le traitement de la déviance aux psychologues ou aux psychiatres.

Deuxième proposition :

l'idéal de liberté qui est projeté par les nouveaux mécanismes de régulation est un idéal de liberté négative.

Ce qu'on appelle en philosophie « *politique de la liberté négative* », c'est la liberté qui se définit par le fait de ne pas être empêché par quelqu'un d'autre. Donc, je suis libre si je ne suis pas empêché. C'est une définition de la liberté possible mais c'est une définition purement négative. Par exemple, je suis libre si le gouvernement ne m'empêche pas de parler, et si mon voisin ne fait pas de tapage le soir – auquel cas s'il fait du tapage le soir, il m'empêche de dormir et de faire ce que je veux. Donc il y a moyen de définir la liberté de manière purement négative, comme isolement par rapport à des puissances publiques ou des puissances privées. C'est la définition la plus classique de la liberté dans le libéralisme, et c'est aujourd'hui ce qui est sans cesse resservi. En fait, comme idéal de liberté, notamment à travers la sécurisation, l'idéal de liberté, c'est bien l'idéal de ne pas être atteint par autrui. Et tout le mouvement de victimisation, ce grand engouement, par exemple la manifestation pour le pauvre garçon qui a été assassiné à la gare centrale, c'est une célébration de la liberté négative la plus libérale et la plus classique du monde. Autre chose est la liberté positive. La liberté positive, ce sont les moyens de la liberté. Plus vous essayez de développer les libertés négatives, plus vous vous rendez compte qu'en les développant, vous ne solutionnez pas le problème de la liberté. Puisque pour avoir la liberté, il ne faut pas seulement ne pas être empêché, il faut les moyens de la liberté. Il faut le langage pour le faire. Il faut donc que j'aie la formation pour pouvoir le faire. Il faut que j'aie un accès à des médias. Si vous voulez, le programme de la liberté tourne court si ça se limite à l'empêchement d'empêchements. Or, justement, c'est de nouveau là que les psychiatres et les psychologues sont convoqués, c'est là que le plus souvent on leur demande d'intervenir au nom des libertés négatives. Personne n'est contre... Par exemple, lorsqu'il y a eu un crime, notamment la délinquance sexuelle, là ils sont les préposés, eux, des libertés positives : ils donnent aux gens les moyens et les ressources pour être libres. Et toute la question est de savoir quels sont ces moyens... Ils ne peuvent en aucun cas se limiter à des moyens intrinsèques à la personne. L'éducation dépend du circuit de socialisation y compris les formes de moralisation. Ça oblige, si vous voulez, le psychiatre ou le psychologue à faire un choix. Ou bien il est au service des libertés négatives, ou bien il prolonge son action du côté des libertés posi-

ves.

Troisième proposition :

Les idéaux de liberté projetés par les organismes de régulation se déclinent sur le mode du « changer toujours ».

Changez ! Flexibilisez-vous ! Transformez-vous ! Pas de rigidité ! Pas de chronicité ! Pas d'attachement ! Ne vous accrochez pas à votre job parce que vous devez savoir que vous allez changer de job ! Vous croyez savoir quelque chose, vous avez tort ! Vous devez vous engager dans le « *long life learning* » comme on dit à la commission européenne ! Bon, cet idéal de liberté, qui est un idéal d'intégration au mouvement du capitalisme international, est aussi devenu l'idéal en matière de santé, notamment en matière de santé mentale. La grande entreprise de lutte contre la chronicité ne se comprend dans son succès que par sa conformité fonctionnelle avec ces idéaux de conformité au changement. Alors, question à nouveau pour le psychiatre : doit-il contribuer à ce changement permanent ? Ou bien est-il plutôt le préposé à l'attachement ? Ou à la reconnaissance d'une dépendance ? Au fond, il y a quelque chose de terriblement abstrait dans cette idée d'un « changer toujours » comme idéal. C'est le caractère très concret de nos attachements : quoi que nous fassions, et même si nous changeons beaucoup, il y a tout un aspect de notre vie où ça ne change pas, et où il est tout à fait essentiel que ça ne change pas pour que ça puisse changer ailleurs. Il est tout à fait essentiel de sécuriser une partie de l'existence pour s'engager dans ce qui est vraiment une des composantes de la liberté.

Voilà. Donc, pour conclure, les nouveaux mécanismes d'intégration sociale font peser sur les grands gestionnaires de la déviance de nouvelles charges. Et toute la question de la résistance se pose dans notre compréhension de ces idéaux normatifs.



Patrick Coupechoux

Les trois propositions sont tout à fait passionnantes. Il y a peut-être une notion sur laquelle je voudrais interroger tout le monde. Quand vous parlez d'individualisme méthodologique etc., n'y a-t-il pas aussi cette dimension dont j'essayais de parler ce matin, qui fait que la société crée un individu illusoire d'une part, et que d'autre part les individus se retrouvent tels que vous les avez décrits ? Sur le deuxième point – cette affaire de libertés négatives –, n'est-on pas dans une illusion de liberté, dans ce sens où l'individu tel que l'idéologie néo-libérale le définit aujourd'hui n'existe pas, puisqu'on vit tous dans des sociétés, dans des systèmes dont on dépend ? Et est-ce que cette illusion de liberté, ce n'est pas finalement une façon de réguler un système qui crée des tensions de plus en plus importantes ?



Une intervenante

Bonjour, je voudrais intervenir, je suis Mme Thibaut, je suis Française et suis la présidente d'un groupe d'entraide mutuelle. Il ne faut pas complètement oublier ce qu'a oublié de mentionner Patrick Coupechoux... Alors, c'est quoi les groupes d'entraide mutuelle ? Un groupe d'entraide mutuelle, c'est une association d'usagers ou ex-usagers, des personnes qui, à un moment de leur vie, ont eu des problèmes psychiques. Dans le groupe d'entraide mutuelle – par les usagers et pour les usagers –, il n'y a pas du tout de personnel soignant. Ce groupe n'est pas thérapeutique. Je voudrais dire à Patrick Coupechoux que je ne suis pas du tout d'accord avec tout ce qu'il a dit ce matin. Je voudrais dire qu'en France, le milieu associatif est très riche et que nous avons trois grosses fédérations. Il a mentionné l'UNAFAM mais il existe aussi la FNAPSY (Fédération Nationale des Associations d'(ex) patients en PSYchiatry) dont la présidente, Claude Finkelstein,

est une femme admirable ; c'est un peu grâce à elle si je suis là aujourd'hui. Il y a aussi les Croix Marine. Ces trois grosses fédérations ont travaillé pour créer ces groupes d'entraide mutuelle. Et le groupe d'entraide mutuelle, c'est vraiment l'expérience profane. Chez nous, il n'y a pas de personnel soignant. C'est l'expérience de chacun, les aléas de la vie face à la maladie, et je voudrais vous dire qu'on travaille en parfaite harmonie avec les médecins, les psychiatres, les infirmiers – enfin je parle pour notre secteur, dans la région du Nord. On a cette grande chance d'avoir un homme admirable, Jean-Luc Roelandt, un psychiatre de l'établissement public santé mentale Lille métropole, responsable du secteur de la banlieue Est. Il a toujours mis en avant le vécu et les avis des usagers. Donc, tout n'est pas négatif, les usagers et la santé mentale ont des gens sur qui compter, bien que quelques fois on suscite beaucoup de méfiance : « *ce sont des usagers* ». Mais l'Etat français a quand même reconnu le « *handicap psychique* », une loi a été votée et notre groupe d'entraide est subventionné, ce qui nous permet d'avoir un local, d'embaucher des salariés et de faire des ateliers dans lesquels les usagers sont les animateurs. Alors, je suis désolée M. Coupechoux, mais des choses sont faites, et les groupes d'entraide mutuelle, il fallait en parler !



Un intervenant

Je vais singer la position des savants et je vais prendre la position de l'humain puisque c'est ma fonction. Je voudrais dire que j'ai l'impression qu'on a beaucoup de pros dans la salle. Donc, je suis content de l'intervention de Mme sur ce point-là. Par contre, j'ai l'impression que les groupes d'entraide fonctionnent très bien lorsqu'ils ne dérangent personne et rentrent dans un cadre professionnel dont ils ne remettent pas en cause le fonctionnement. Alors je suis très content que ça se passe bien chez Mme ; moi, je travaille avec un groupe d'entraide, Frères de SANS, qui regroupe des fous, des anciens prisonniers, des sans-papiers, des prostituées, et on n'a pas de pouvoir subsidiant alors qu'on est en Belgique et que la santé est un truc reconnu. Ça répond à Mme et, en même temps, ça insiste sur sa remarque. Comme on a des professionnels dans la salle, j'aimerais essayer de les questionner sur leur position, ou sur leur absence de position, sur des problèmes de société actuels. Souvent, l'excuse entendue, c'est : « *ah, on doit faire face aux problèmes, notre opérationnalité ne doit pas être remise en cause, c'est difficile, ça prend du temps* ». Je trouvais la réflexion de ce matin sur l'urgence relativement intéressante par rapport à ça. Je me rends compte que lorsqu'on essaye de mettre les choses en place, on trouve souvent un fantôme dans les couloirs qui empêche que cela se passe, surtout quand on commence à remettre en cause les positions de pouvoir, les directions dans les institutions, dans les associations. Qu'elles soient des groupes d'usagers ou pas d'ailleurs, parce que j'ai l'impression que, dans les groupes d'usagers, les modes décisionnels, de pouvoir, ne sont pas toujours très transparents non plus, et que ça fonctionne au copinage ou au profit. Quand on est une usagère qui est maman, qui est sexy et tout, tout le monde a envie de l'aider parce que ça marche bien et que c'est chouette. Je pense qu'il faut remettre en question la position d'aidant, mais aussi se demander si le droit d'être fou n'est pas une autre façon de poser le problème. J'ai l'impression que c'est plus un problème d'identité, de reconnaissance, de place de l'autre, mais je ne suis pas sûr qu'on aille au fond des choses. Par exemple, toutes ces discussions sur la flexibilité ne cautionnent-elles pas le fait de ne pas donner des moyens stables à des gens qui pourraient vraiment remettre en cause la manière dont ça se passe actuellement ?



Une intervenante

Moi, je fais partie de l'asbl Auxilia. C'est une ASBL où des bénévoles, qui n'ont pas de rapport avec des professions médicales, donnent des cours à des personnes malades ou handicapées qui n'ont pas accès à des cours qui existent, à cause

d'une maladie ou d'un handicap. Dans ce cadre-là, on a pas mal de personnes qui ont des maladies psychiques, qui demandent un cours de langue ou un cours d'informatique, et donc les volontaires vont donner une ou deux heures par semaine. L'atout qu'on peut avoir, dans le sens intégration, c'est qu'il y a une découverte à partir d'un cas précis, individuel, du monde de la psychiatrie – on n'est plus du tout racistes à partir du moment où on a un ami qui est africain – et de même, à partir du moment où on se lie d'amitié avec quelqu'un qui a une fragilité psychique, on voit tout le monde psychiatrique autrement. Mais la grande difficulté, c'est que le volontaire n'a pas du tout l'habitude du monde psychiatrique. Il va donner cours chaque mercredi à quelqu'un qui, disons, a de fortes angoisses et une fois sur trois ou une fois sur deux, la personne qui a une grande fragilité ne vient pas ou bien téléphonera à trois ou quatre heures de l'après-midi en disant « *je sors de mon lit donc je ne viens pas* »... La réaction du volontaire va être de dire : « *on n'est pas professionnels, ce n'est pas notre boulot* ». Il va y avoir un sentiment général d'incompétence. Alors que je pense qu'ils sont compétents, mais qu'ils ont besoin d'être confortés.



Un intervenant

M. de Munck, je vous ai entendu attentivement. C'est très intéressant ce que vous dites. Je voulais dire : une personne n'a pas besoin d'un psychologue ou d'un psychiatre forcément quand il est fou. On peut en avoir besoin dans d'autres moments de la vie. D'un autre côté, vous avez fait une analyse de notre société, comme quoi on débloque un mécanisme individuel de la liberté, projet d'un idéal d'identité multiple et flexible, etc. C'est très bien, mais je voulais ajouter que notre société ne marche pas toute seule. On a une société entourée d'autres sociétés qui viennent des autres côtés du monde et qui nous apportent d'autres éléments. On a parlé de poches de discrimination ici, de poches de pauvreté, etc. Ces poches grandissent de plus en plus ; on a de plus en plus de sans-papiers, on a de plus en plus de pauvreté, et je pense qu'analyser notre société nous oblige aussi à analyser cette population parce qu'on va de plus en plus loin et ce n'est pas bien du tout. Notre système trouve des moyens d'auto-régulation mais il faut aussi le régulariser. Donc, faire une analyse psychologique et psychiatrique, c'est du ressort des professionnels. Moi, je travaille dans une institution publique, je suis aussi dans le monde associatif, il y a des gens qui arrivent de pays en état de guerre, il y en a qui arrivent de pays économiquement très faibles ; des gens ont donc des problèmes psychiques à cause de ce qu'ils ont subi, pas de naissance. En discutant avec un candidat réfugié politique, j'ai vu qu'il attendait depuis dix ans une décision de l'Office des étrangers. Donc, je crois aussi que, parfois, on oublie de poser des questions à un certain nombre de personnes, à une certaine couche de la société qui n'a pas les moyens que vous avez cités. Il leur manque une formation pour s'exprimer comme il faut et des moyens économiques. J'ai eu l'occasion de discuter avec deux parents qui sont en Belgique depuis 10 ans et qui sont sans-papiers. Ils ont deux enfants de 11 et 8 ans qui sont excellents à l'école. Mais leurs parents n'ont pas la formation adéquate pour les aider à la maison. Ils ne peuvent pas les accompagner dans les classes de devoirs, et moi je vois que tôt ou tard, il y aura un problème. Je pense que ce sont des phénomènes qui ont un lien avec la psychologie et peut-être plus tard, avec la psychiatrie... Le monde associatif a besoin de plus de moyens pour qu'on puisse aider les gens le plus possible. Par rapport à une société concurrentielle, personnellement j'aurais voulu avoir des collègues ou des amis qui regardent la société comme un groupe de développement – malheureusement ça n'arrive pas tous les jours. Donc, j'aimerais aussi qu'on ait des moyens pour la recherche dans cette direction.



Une intervenante

Je voulais dire que j'avais trouvé l'intervention de M. Coupechoux très intéressante. Nous travaillons en fait dans une insti-

tution pénitentiaire. Il s'y passe des choses qui sont très interpellantes. Il y a 80% de la population des prisons qui est d'origine étrangère, la plupart des personnes en prison viennent de milieux défavorisés. Je suis contente qu'il y ait des gens qui rappellent l'importance de la solidarité, de se lier contre l'individualisme croissant, contre la concurrence obligatoire, je suis contente qu'il y ait des groupes qui se forment – les groupes entre citoyens – car il y a des choses intolérables. Ça pose question, le fait qu'il y ait tellement d'Arabes en prison, l'existence de Centres fermés. Moi-même je suis dans une situation de précarité, je suis psychologue et je cherche du travail, or il y a des milliers de psychologues donc c'est difficile de trouver sa place. Ça me touche parce que je dois continuellement lutter pour simplement travailler et trouver ma place dans la société. Je passe d'un statut à l'autre, de travailleuse à chômeuse, et je trouve qu'il est urgent qu'on se lie car il ne faudrait pas que ça s'empire de plus en plus. Or, tout devient très précaire, on psychologise trop ; il y a des problèmes sociaux qu'il faut aborder, la concurrence, l'éclatement de la famille, il faut vraiment se lier contre ça. J'admire l'initiative de l'Autre « lieu » et je suis contente que ça existe. Je souhaiterais même y participer plus.



Mounia Ahammad

J'aimerais réagir à ce que vous venez de dire. Moi, je travaille comme infirmière psychiatrique dans un hôpital général, dans un service de psychiatrie. On accueille surtout des situations dites « aiguës ». Au début que je travaillais là-bas, à plusieurs reprises s'est posée la question de savoir quelle était la situation d'un hôpital général en plein centre ville, quelles étaient les populations que l'on pouvait y rencontrer, les différentes questions de précarité, les rapports de force que l'on pouvait découvrir dans ce que les gens racontaient, les questions qui pouvaient se vivre entre collègues, à l'intérieur du service. De plus, j'ai été étonnée, avec mes collègues, de me rendre compte qu'une façon hyper professionnelle de régler les situations, centrée sur le psychologique, conduisait à renvoyer les personnes d'un lieu de soins à un autre, un peu comme on peut faire parfois en médecine ou dans certaines administrations, et j'ai constaté ainsi la difficulté d'amener la question « *qu'est-ce qui peut faire débrouille ?* » pour chacun d'entre nous et les personnes en grande souffrance psychique. On s'est demandé ce que ça voulait dire « *un projet de soins* » et pourquoi pas parler de « *projet de vie* » ? L'hôpital n'est pas un lieu de vie. Il fallait rencontrer le quartier autour de l'hôpital et des associations : est-ce qu'elles rencontrent des personnes en grande souffrance psychique ? Donc, comment partir de ce que la population pouvait nous amener ? On a commencé avec l'aide d'une maison de quartier à faire des ateliers, à essayer de mettre un peu plus en avant la mise entre parenthèses de la maladie mentale pour insister sur la fonction citoyenne de chacun.



Un intervenant

Par expérience personnelle, aussi bien professionnelle que bénévole, ce qui me trotte en tête, ce que je voudrais dire, c'est que ce qui fonctionne à merveille, c'est la relation de coeur à coeur. En ce qui concerne les professionnels, sur cette relation de coeur à coeur, ils ont leur atout supplémentaire de professionnel, mais cette relation est catalysée. La compétence profane, ça serait justement d'ignorer l'atout du professionnel et de se focaliser sur d'autres façons de faire. En donnant cours de natation à des enfants, un jour, une maman s'inquiétait et demandait « *comment ça se passe avec mon garçon ? Est-ce qu'il suit bien le cours ?* ». J'avais remarqué que le garçon était très enthousiaste, mais ce qui m'intéressait, c'était d'avoir un travail de groupe, de travailler ensemble. Puis à un moment, la maman me dit que son fils souffre d'hyperkynétisme... Moi, je tombais pratiquement des nues parce qu'avec le garçon, j'obtenais des objectifs... Ça prenait parfois plus de temps, mais on obtenait quelque chose. Je m'étais spontanément donné du temps et j'avais continué à communiquer sans compétence professionnelle. J'étais juste surpris, surtout quand elle m'a dit qu'il y avait des problèmes

avec les autres professeurs, d'efficacité et de rapidité dans l'apprentissage, à l'école. Je pense que les pros devraient parfois mettre de côté leur capacité d'expertise. Une personne a dit une fois en parlant de son boulot avec des usagers « *jusqu'où pouvons-nous nous sacrifier ?* ». Je lui avais dit que les usagers n'attendaient pas qu'elle se sacrifie – la tradition catholique se fait ressentir ! Ils demandent que vous soyez là, dans vos domaines, dans la mesure de vos capacités. Les usagers vont recevoir des pros des moyens à partir desquels ils vont pouvoir se reconstruire. Ca, c'est la responsabilité individuelle ! On n'a pas le droit d'imposer quelque chose, sa propre vision des choses, dans une relation de coeur à coeur. Voilà.



Un intervenant

Tout à l'heure, M. de Munck disait que les psys s'occupaient de déviance dans le sens de trouble de l'intégration sociale, comme les juges, les policiers. Je voudrais dire que, pour ma part, je fais toujours attention à ne pas être là (*NDLR* : en tant qu'expert). Alors, j'ai un peu plus facile que d'autres parce que je ne suis ni psychologue ni psychiatre, je suis psychothérapeute et conseiller conjugal et je travaille dans un centre de planning. Quand vous parlez des troubles de l'intégration sociale, moi je suis un peu étonné de ne pas avoir entendu, depuis ce matin, parler de l'adolescence. Parce que s'il y a bien un domaine qui est hyper-médicalisé, hyper-psychiatisé et qui inquiète tout le monde – je parle pour les plannings – c'est bien l'adolescence et la sexualité à cet âge-là. Et les ados, par définition, se retrouvent en rupture par rapport à la société.



Une intervenante

Je m'appelle Emanuelle Balthazart. Vous demandiez tout à l'heure des exemples de services qui essaient de résister... Je travaille au SIAJEF qui est un service intégré d'aide et de soins psychiatriques dans le milieu de vie et qui existe depuis 20 ans à Liège. Le pari, ça a aussi été de créer une alternative à l'hôpital pour des gens qui étaient dans de très grandes souffrances. Depuis 20 ans, on travaille sur un territoire et pour toutes les personnes qui sont en souffrance, on essaye d'aller au-delà de la pathologie. Toute personne en souffrance a droit – ou en tout cas a accès – à notre service, et nous travaillons beaucoup avec le réseau, avec tout ce qui existe sur le territoire, que ce soient les services généralistes, les médecins traitants, les maisons médicales, les entourages naturels, les services culturels ou les services professionnels. On se rend compte actuellement qu'avec un soutien suffisant, les personnes, même en grande souffrance, parviennent à se maintenir dans le milieu de vie, à pouvoir vivre dans leur environnement familial. En parallèle au service, on a développé un mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie où on porte notre attention sur l'aspect politique, c'est-à-dire l'interpellation des élus et des décideurs par rapport à une telle pratique.



Une intervenante

Moi, je suis infirmière psychiatrique, et ce qui me frappe dans tout ce qui a été dit, c'est qu'on dirait que les deux mondes cohabitent mais sans se rencontrer. Donc, comme dans votre titre vous mettiez d'un côté les professionnels et de l'autre les profanes, on dirait qu'on ne peut pas rencontrer les deux en même temps. Et ça, c'est juste une réflexion que je me fais maintenant.



L'intervenante française

Excusez-moi, je voudrais intervenir pour vous dire que ça se fait ! En France, ça se fait ! On peut demander à rencontrer les psychiatres, les infirmières, se mettre tous autour d'une table et parler. Et dans ce groupe, il y a des usagers, il y a aussi des gens qui sont encore hospitalisés et il y a des gens qui sont dans des familles d'accueil. C'est possible, et ça se fait. Parce que je voudrais revenir sur un point : c'est qu'en santé mentale, il y a un mot qu'on n'a pas prononcé, c'est « *citoyenneté* ». Alors je ne sais pas si c'est parce que je suis Française, mais pour moi c'est un mot très important. Nous, on fait le maximum pour que l'usager retrouve une place dans la cité, dans la commune où il vit. Ça passe en l'occurrence par le travail, le logement, le fait de retrouver une vie de famille ou une vie sentimentale. Je participe à des réunions d'attribution de logement. En tant que présidente d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) et ex-usagère, j'ai une voix délibérative dans ces réunions. Dans ces ateliers, il y a un psychiatre et une infirmière, la présidente du GEM et la personne usagère qui réclame un logement. On est tous là à côté d'elle et on l'écoute, et on l'accompagne dans sa démarche de reconquête de cette petite part d'être humain qu'elle a perdue.



Un intervenant

Pour rebondir sur ce que Mme dit, il n'y a pas qu'en France qu'on parle de citoyenneté... Profane et professionnel se lient. Ça existe ici aussi, surtout du côté néerlandophone. Je connais moins la Wallonie, bien que je sois francophone. Donc, ça existe en Belgique. Ce que je voulais également dire, c'est que, ce matin, Mme Roelandt a parlé des Maisons de Soins Psychiatriques et des Habitations Protégées en les comparant un petit peu aux anciens asiles ou alors je n'ai pas bien compris du tout. Je ne suis pas du tout d'accord avec ce qu'elle disait, je crois que j'ai des collègues dans la salle qui travaillent aussi en Habitation Protégée... Ce qu'on fait dans les Habitations Protégées, c'est énormément de soutien à nos résidents et à nos patients, selon la manière dont on les appelle. C'est vraiment les aider et peut-être les guider pour essayer de retrouver une vie dite « *normale* ». C'est aussi, pour certains, retrouver des activités, et pour d'autres retrouver une profession. En tout cas, essayer vraiment de resocialiser les gens. Et ça, je tenais vraiment à la dire.



Une intervenante

Je voudrais intervenir juste une petite minute afin de faire entendre la voix psychiatrique. Je suis psychiatre et tantôt j'entendais « *est-ce qu'il vaut mieux six mois d'un travail de longue haleine ou deux minutes pour traiter l'agitation ?* ». Et bien, je ne sais pas s'il vaut mieux six mois ou deux minutes quand deux minutes peuvent vraiment apaiser une agitation et un malaise. Alors je me dis : peut-être c'est important qu'il y ait deux minutes ou deux heures mais sans oublier qu'en même temps il faut les six mois. Nous sommes très souvent confrontés, en tant que psychiatres, à des demandes comme celles-là, qui sont celles des patients ou des autres. Il n'y a rien à faire, les deux minutes ne remplaceront jamais six mois, mais deux minutes pour faire quelque chose, c'est tellement important...



Une intervenante

Je suis psychologue, je crois que c'est toujours important de travailler avec la demande du patient. Il y a des gens qui me demandent de sortir de cette crise. Et là, le chemin, c'est l'hôpital ou autre chose mais on n'a pas encore autre chose...

Parfois j'ai des patients qui me disent : « voilà, on m'a dit que j'étais schizophrène, je m'en fous, j'ai juste envie d'être moi et de trouver un lieu où je peux être moi et vivre qui je suis ». Je crois que c'est aussi important de pouvoir entendre les deux. Et de pouvoir être des deux côtés, de travailler avec la demande des gens, leurs désirs, leurs besoins. Autre chose en ce qui concerne savoir / profane : c'est quelque chose qui m'énerve beaucoup car je me sens très coincée au milieu. Je suis à la fois artiste, psychologue et art-thérapeute. Pour les hôpitaux, je suis un peu trop « olé olé », je ne suis ni rigoureuse ni sérieuse, mais dès que j'arrive dans un endroit beaucoup plus ouvert ou plus tolérant, au secours, je suis psychologue... Je suis chaque fois la bête noire qu'on ne veut pas dans l'institution ou dans le lieu de réflexion parce que j'ai une double casquette, que j'ai voulue. Je pensais avoir une double ouverture et je me retrouve avec une double fermeture. Et je me demande comment sortir de ça.



Un intervenant

Je voudrais réagir parce que j'ai beaucoup entendu les mots « *intégration* », « *s'intégrer* », « *se socialiser* ». Ça veut dire quoi ? S'intégrer à quoi ? A une société gouvernée par qui ? Ce sont des questions que je me pose assez souvent. Moi, je suis marginal, maniaco-dépressif, schizophrène, alcoolique, drogué, toxicomane, voyeur, j'ai beaucoup d'étiquettes. Mais je reste humain. Et je voudrais dire qu'on se sort de pas mal de choses. Avec le sourire.



Un intervenant

Je voudrais rendre hommage à deux personnes qui ont fait un travail social remarquable : ma tante de 87 ans qui est toujours derrière son bistrot des exclus et qui a fait un boulot remarquable toute sa vie ; et Marcel, qui est pensionné et qui était facteur, et qui faisait beaucoup de bien aux personnes isolées. Pour moi, ce sont des professionnels.



Un intervenant

Je voudrais faire une petite remarque par rapport au monsieur schizophrène, maniaco-dépressif, alcoolique, et j'en passe... Enfin, c'est lui qui le dit. Pour dire qu'il y a quand même un problème de fond qu'on a un petit peu abordé ce matin : c'est celui du champ de la santé mentale qui a fait partie du champ psychiatrique, qui était ce qu'il était, avec ses tendances aliénistes. Maintenant, il a englobé tout le champ de la souffrance psychique. Et manifestement, les psychiatres n'ont aucune compétence particulière là-dedans. Mais ils continuent à ne pas vouloir lâcher le privilège qui est le leur de vouloir aborder tout ce qui est de l'ordre du malaise social. Il y a manifestement un problème de fond : je ne vois pas pourquoi tous les autres travailleurs des sciences humaines et tous les profanes seraient complètement incompetents dans ce type de matière. Je ne vois pas non plus où le psychiatre aurait appris à s'occuper de situations généralement complexes où sont mélangés des éléments pathologiques, des éléments sociaux, voire des oppressions sociétales directes avec tous les transplantés, les immigrés. C'est clair qu'il y a là un problème de fond qui devra trouver une solution. Il y a déjà quelques projets de loi qui sont là, qui sont travaillés pour le moment : qui est psychothérapeute ? Qui a le droit d'être psychothérapeute ? Qui a le droit de s'occuper de la détresse des autres ? Le champ psychiatrique au sens strict, s'il fallait donner des ordres de grandeur, c'est peut-être 20% du champ de la santé mentale. Et 80%, c'est autre chose.



Marianne Prévost

Moi, je travaille à la Fédération des maisons médicales. Donc pas du tout sur le champ psychiatrique. Bien que l'on sache

qu'environ 50% des problèmes qui se posent en médecine générale dans les maisons médicales sont des problèmes moins physiques que d'ordre psycho-social : difficultés de travail, clandestins, réfugiés, sans-papiers... Ce qui me frappe un peu, par rapport à la distinction entre professionnel et profane, par rapport aux interventions de M. Coupechoux ce matin et de M. de Munck maintenant, c'est qu'il y a aussi une autre position à discuter... On a beaucoup parlé dans les interventions de la manière dont les professionnels accueillent et traitent la souffrance. Mais on a peu parlé des lieux où est produite cette souffrance. La souffrance est produite quelque part, elle est produite par une société. Qu'on soit professionnel ou patient, nous sommes citoyens de cette même société. Ce n'est pas à partir de nos lieux de soin qu'on va pouvoir modifier radicalement les mécanismes qui produisent cette souffrance : en bref, le néo-libéralisme. Alors, je n'ai pas de solution mais j'ai toujours l'impression que tout ce qu'on fait dans nos lieux de soin, si on ne passe pas au rouleau compresseur le néo-libéralisme, ça n'ira pas. Il faudrait aussi une résistance qui se place ailleurs que dans les lieux de soin.



Charles Burquel

Je trouvais très intéressant que les interventions aillent un peu dans tous les sens. Moi j'aurais voulu dire deux trois mots. Je ne sais pas si c'est adéquat pour conclure, mais je voulais vous transposer en 1980, à une époque où je me suis retrouvé dans un autre lieu qui s'appelle le Pérou, dans la montagne et dans les Andes, où j'étais allé avec toute une formation, avec une compétence professionnelle de médecin et j'avais l'impression de savoir comment faire mon métier. Cependant, petit à petit, là-bas, je me suis rendu compte que mes interventions posaient des questions par rapport à une population qui vivait des choses depuis des années et avait une façon de traiter ces questions difficilement repérables, où primait une certaine vision plus holistique de l'homme et du monde. D'ailleurs, celle qui m'a fait découvrir cela, c'est ma fille puisqu'elle vivait au plus près des gens de là-bas et commençait à parler un vocabulaire que je ne comprenais pas – des onomatopées, les équilibres bien/mal, féminin/masculin, chaud/froid – et je me suis dit : *« tiens, il y a une autre façon de penser le monde et c'est à travers cette forme de vivre les choses que les paysans péruviens pensent la santé et la maladie »*. C'était une découverte tellement forte ! D'autant que j'avais constaté qu'il y avait peu de gens qui venaient au Centre de santé se faire soigner : 50 personnes par mois pour 100.000 habitants, c'est peu, alors que l'on se trouvait dans une situation assez dramatique sur le plan sanitaire – mortalité infantile, dénutrition... De nombreuses questions se sont posées sur notre mode d'intervention, notre manière de penser la santé, etc. Pourquoi je vous parle de ça ? C'est parce qu'à l'époque, je ne prenais en considération que mon savoir universitaire ; j'arrive dans un autre lieu et je me rends compte de la richesse du savoir d'une population. Quand on a pu co-construire des choses, on s'est rendu compte d'une série de choses qu'on vivait ensemble mais que l'on percevait différemment. Au retour de cet exil, de cet hors-lieu, je me suis retrouvé en Belgique. J'ai redécouvert une famille élargie, des problèmes familiaux non résolus. J'ai constaté que mon village de Remouchamps a aussi des ressources collectives : les contes – le passeur d'eau, l'arbre du bois des pendus, etc. – et toute une série de choses qui faisaient société et que j'avais mis de côté. C'est mon savoir consensuel. Ce n'était pas celui que j'avais appris à l'université, il faisait écho à ce que j'ai vécu au Pérou. *« Qu'est-ce que j'ai été faire là-bas, qu'est-ce qu'il s'est passé avec eux, et qu'est-ce que j'ai appris des rapports entre les savoirs et de ce qu'est l'intervention de quelqu'un dans un milieu autre que le sien du fait de sa formation de professionnel ? »*. Autre question également : *« qu'est-ce qui fait soin pour les populations »* ? Comment mettre en tension tout ça ? En tout cas, je vous remercie pour tous vos apports et je vous souhaite une bonne fin d'après-midi.

NOTES

5. Situé à Steenokkerzeel, non loin des pistes de l'aéroport de Bruxelles National, *le Centre 127bis de Steenokkerzeel* est réservé pour des femmes seules, couples ou familles avec enfants, demandeurs d'asile en procédure ou déboutés, sans-papiers et « cas Dublin » (demandeurs d'asile dont la Belgique estime qu'un autre pays membre de l'UE doit examiner leur demande).

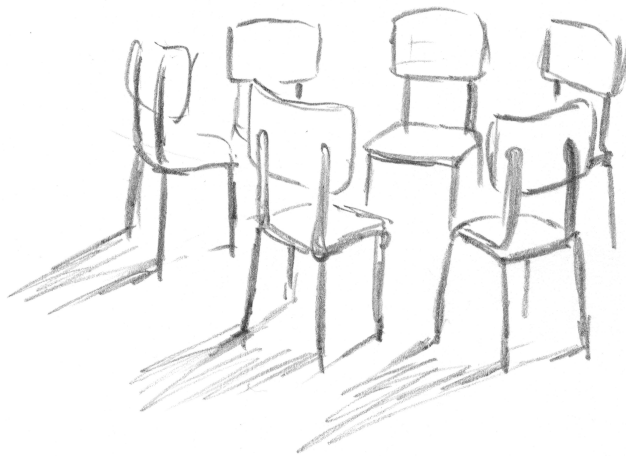
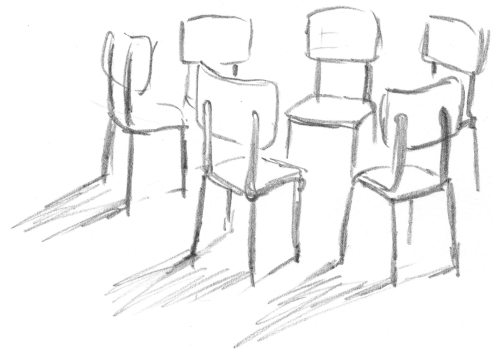
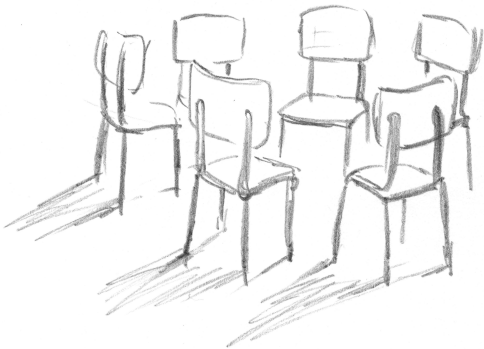
6. Programmes d'insertion professionnelle pour les ayants droit du CPAS – Législation organique des CPAS.

7. Dispositif local d'insertion par le travail.

8. L'objectif de faire de l'Union européenne « *l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde d'ici à 2010, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale* ».

4

SYNTHÈSE DES ATELIERS



SYNTHÈSE DES ATELIERS



Charles Burquel

Je voudrais déjà remercier les personnalités du monde politique, les décideurs, les experts qui sont ici présents. Puisque l'idée est qu'ils réagissent, s'ils le souhaitent, à ce qui a été travaillé dans nos trois ateliers, les trois rapporteurs vont synthétiser les questions qui s'y sont posées.



SYNTHÈSE DE L'ATELIER 1 PAR FRANCIS MARTENS

L'atelier 1 était chargé de réfléchir sur ce que cette chose abstraite et générale, mais affreusement concrète dans ses effets, qu'on appelle « *la société* », a demandé, voire imposé, subrepticement aux psychiatres, au monde de la santé mentale et à ses professionnels en général.

D'emblée, on a pris Patrick Coupechoux – et là ça va vous étonner – en flagrant délit d'optimisme ! Une fois n'est pas coutume apparemment, mais il a eu cette phrase ce matin qui n'est pas tombée dans l'oreille d'un sourd : « *à chaque nouvelle saison, le DSM nous apporte sa nouvelle moisson de pathologies* ». Et bien non, hélas non ! C'était une annonce désespérément trop optimiste, parce que ce qui est hélas important c'est que le DSM est précisément ce livre, ce manuel, cette espèce d'encyclopédie statistique, qui a remplacé tous les anciens traités de psychiatrie et de psychopathologie, en congédiant systématiquement la dimension du sens au profit de choses qui ne sont plus des maladies, qui ne sont plus des entités nosographiques, qui ne sont plus des souffrances même, mais bien des « *troubles* ». Des troubles qui s'éclairent d'autant plus, en français, quand on sait qu'en anglais, ça se dit « *disorder* ». Autrement dit, des entités dépourvues de contenu subjectif et de sens pour le collectif qui, simplement, font désordre pour l'individu, pour son entourage ou pour la société à un moment donné et qu'il faut dès lors réduire par tous les moyens techniques nécessaires – de préférence par les molécules, parce qu'il y a là un enjeu économique néo-libéral premier. La mauvaise nouvelle, en fait, c'est qu'on nous demande justement de ne plus réfléchir en tant que psychopathologues qui renverraient au corps social quelque chose de ce que la souffrance individuelle dit du fonctionnement collectif, parce que dans le DSM – que nous sommes pratiquement obligés d'employer – la souffrance n'a pas sa place. Il y a des désordres statistiquement répertoriés, des méthodes pour écarter de notre vue ces désordres : rien de plus. Cela c'était la première chose évoquée entre nous.

Pour la deuxième, on a embrayé très fort sur Micheline Roelandt qui nous avait déjà incités à résister. Je vous rappelle que le simple fait de penser est déjà un acte de résistance dans le monde néo-libéral... Micheline Roelandt donc, qu'on ne peut pas soupçonner de ne pas résister, nous a dit des choses fort intéressantes. Elle a mis un petit bémol, en faisant une sorte de fil du temps de sa carrière. « En 1970, a-t-elle dit, je ne faisais pas ce que je fais aujourd'hui ». Certes, le psychiatre a toujours un rôle nécessaire de révélateur : il doit résister. Mais Micheline Roelandt nous a dit aussi comment, à l'époque, la population de gens souffrant psychopathologiquement qu'elle recevait était, en général, très bien informée des tenants et aboutissants du système psychosocial : des différentes pensions d'handicapés ou autres qu'on peut

obtenir, etc. Aujourd'hui, les gens ne savent plus. Aux gens qu'elle avait tendance à aider dans leurs revendications face à un monde qui les opprimait, elle a plutôt tendance à dire à présent: « *limitons d'abord les dégâts, parce que sinon vous allez être broyés, psychologiquement, physiquement, socialement et économiquement. Peut-être donc, pour ne pas être tout à fait largué, vaut-il mieux un statut de handicapé même si c'est aussi stigmatisant* ». Voilà un témoignage que je trouve très important parce que c'est du bien du patient qu'il s'agit pragmatiquement. Ce n'est pas le psychiatre qui règle ici ses problèmes politiques par patient interposé. C'est donc extrêmement révélateur, surtout quand on connaît le fond de résistance qu'il y a chez Micheline Roelandt. Cela fait aussi partie de cette perte de pouvoir du psychiatre soulignée ce matin.

Mais, ajoutait Monique Debauche, ce n'est peut-être pas une si mauvaise chose, dans la mesure où ça l'ouvre aussi – presque malgré lui – à cet espace de négociation sans fin dont on a parlé ce matin, qui est aussi un espace d'information et de négociation avec le monde politique. Ce dernier, en Belgique, il faut le dire, est en fait beaucoup plus accessible et susceptible d'écoute que dans les pays environnants – à condition bien sûr de se rendre audible, ce qui pose à certains praticiens un réel problème...

Cela étant dit, s'est engagé un débat extrêmement intéressant entre une juge de paix, un représentant de Similes et une personne se présentant comme «parent», autour de la question : « *est-il si évident d'obliger des gens à se soigner ?* ». L'obligation de soins, au regard de la dangerosité qu'aurait quelqu'un pour les autres ou pour lui-même, comment peut-on la fonder ? N'y a-t-il pas aussi un droit au refus des soins ? On voyait que les positions du parent, du psychiatre et de la juge étaient très différentes. Cette tension entre points de vue est inévitable autant que nécessaire. Parce que la personne qui accompagne des souffrances psychiques parce que c'est son métier, et qui voit les gaffes destructrices qu'on peut faire relativement à une personne et à son entourage, c'est une chose. Le parent qui, malgré tout ce qu'il a subi, s'accroche désespérément à un fil d'espoir, mais demande néanmoins à être soulagé du poids terrible des crises répétitives dans le milieu familial, c'est autre chose. Et la juge qui se dit : « *c'est peut-être quelqu'un qu'on trouve insupportable dans sa famille, qui relève d'un code fâcheux au DSM, mais c'est aussi et d'abord un citoyen* », c'est encore autre chose... « *Au nom de quoi, moi, gardienne de par ma fonction des libertés démocratiques, puis-je priver un citoyen de sa liberté ou l'obliger à se soigner quand il dit qu'il ne veut pas ?* ». Ne pas oublier qu'on est d'abord des citoyens, secondairement des pysys, plus secondairement encore des gens étiquetés par une nosographie quelconque, voilà qui est vraiment fondamental !

Pour terminer, on a eu droit à des paroles extrêmement fortes. Pierangelo Di Vittorio nous a rappelé que le monde néolibéral n'était pas aussi souriant que ce qu'on voit à la télévision dans les réclames d'avant le Journal Télévisé. C'est un monde – ça, on le savait bien – de prédateurs féroces, de concurrents prêts à tout pour écraser l'autre, mais il propose en outre une sorte de «*concurrence dans le malheur*». Il y a comme une prime au plus détérioré. Par exemple, en Italie, s'il y a des «*sans asile*» et des «*sans-papiers*» menacés d'expulsion, s'ils peuvent prouver que de plus ils sont «*malades*», hop, voilà le bonus ! Ils recevront leurs papiers... Donc, s'écriait-il, en une formule imagée et forte dont je lui laisse la responsabilité et qui sonne mieux encore en italien qu'en français : « *le monde libéral nous transforme en ordures de l'humanité !* ». Parole secouante mais aussi tonique, parce qu'il ne faut pas se laisser faire, nous dirait Micheline Roelandt ! Parce que le néolibéralisme, ce n'est pas seulement les «*méchants* » autour et alentour de nous, mais bien plus insidieusement un modèle qui nous façonne toutes et tous peu ou prou. À nous donc de lutter contre cette désobjectivation en nous et autour de nous.



SYNTHÈSE DE L'ATELIER 2 PAR PIERRE GRIPPA

L'atelier s'intitulait donc : « *Travail et chômage, banalisation de la violence et de la souffrance – Injonction à l'emploi et rationalisation des subjectivités dans un contexte d'organisation du travail comme souffrance* ». Il a été très animé. Il y avait trois personnes de référence.

Yves Martens a animé l'atelier et présenté le travail du Collectif contre la chasse aux chômeurs, lesquels doivent activer un comportement de recherche d'emploi dans un contexte de pénurie. Ils se livrent donc à des jeux de rôles animés par le Collectif, avant les entretiens de contrôle pour obtenir une bonne évaluation.

Je suis ensuite intervenu pour montrer comment le système que je rencontre tous les jours dans le concret classe les gens dans des cases qui les obligent à se comporter d'une certaine façon et comment fonctionne « *la lutte des cases* » entre elles, qui se renvoient des individus privés de leur subjectivité, privés d'une prise sur ce jeu de cases : celle de l'emploi, celle du non-emploi, celle de la maladie voire pire, celle du CPAS ou du handicap.

Ensuite, Jacques Brouckaert est intervenu pour parler de son expérience dans une entreprise pétrolière qui pratiquait systématiquement le mensonge et la distorsion des faits pour manipuler les travailleurs.

La parole a ensuite été donnée à l'assemblée qui a tout de suite réagi. Une intervention a mentionné effectivement que cette souffrance se voyait aussi parmi les soignants : il n'y a pas que les *soignés*, les soignants aussi sont porteurs de souffrance et certains de ces mécanismes qu'on dénonce dans la société extérieure peuvent se rencontrer dans nos institutions. Une intervenante a parlé de la psychiatrisation des adolescents, qui a l'air d'être devenue une façon politique de gérer des inemployables et de les inscrire d'emblée dans un parcours de vie qui les conduit au non-emploi, et ce probablement à titre définitif. Il y a eu beaucoup de réactions à partir du plan dit « *d'activation du comportement de recherche d'emploi* », qui est une caricature de la désubjectivation, de mensonge organisé et obligatoire pour le sujet.

On s'est retrouvés, Yves Martens et moi, à dire que les seuls outils à notre disposition, c'était d'essayer de faire de la prévention en informant, en expliquant comment ça marchait, comment on pouvait fonctionner dans ce système, de façon à permettre à la personne mise en situation de devoir se justifier, de continuer à conserver un droit aussi élémentaire que celui d'avoir un revenu. Tenter de faire passer à ces gens un savoir-faire, un savoir-être, pour essayer un tant soit peu qu'ils puissent garder, dans une situation aussi traumatisante, une position de sujet.

Il y a eu pas mal de discussions sur l'évolution de la distorsion sémantique qui se produit progressivement autour de termes comme *activation*, *contrôle de l'activation du comportement*, autour de la notion de comportement introduite dans cette législation. On va juger du comportement de quelqu'un par rapport à un travail qui a priori n'existe pas forcément. Il ne sera peut-être pas sanctionné s'il ne trouve pas de travail mais il peut être sanctionné si son comportement n'est pas correct. Ça fait donc partie de ce mensonge organisé où quelqu'un qui est un magouilleur peut très bien tirer son plan alors que quelqu'un d'autre, peut-être un petit peu moins doué pour manipuler les choses, va se trouver sanctionné.

On a fait remarquer aussi que, systématiquement, on glissait vers l'individualisation des devoirs – et pas tellement vers l'individualisation des droits – et que la plupart des régimes devenaient conditionnels, que le droit comme le revenu mini-

mum d'intégration devenait lui aussi soumis à une certaine procédure d'activation. Le droit au chômage devient un droit conditionné par un certain comportement que la société attend.

Un intervenant a fait remarquer que, bien entendu, le monde du travail, ce n'est pas que l'horreur, qu'il y a des travaux qui peuvent être agréables, valorisants, utiles aux patients, et que le but n'était pas forcément de le protéger constamment du travail mais d'essayer de lui assurer des conditions de travail dignes et décentes. La norme devant être, évidemment, un travail de qualité dans une durée indéterminée dans des bonnes conditions, etc. Ce qui est loin d'être toujours le cas mais qui existe encore quand même.

On a fait remarquer aussi que le non-travail pouvait à un moment donné être positif. Que dans le projet de vie d'un individu, celui-ci pouvait garder sa santé mentale, sauver sa santé mentale, en sortant du monde du travail. Il ne faut pas forcément stigmatiser le non-travail ni culpabiliser la personne qui peut se trouver en meilleure santé en étant dans le non-travail. On a parlé aussi de notre désir de toute-puissance, de la notion d'échec : nous devons pouvoir réfléchir aussi à nos échecs et ne pas croire que nous allons pouvoir tout régler.

Pour terminer, on pourrait dire que la finalité économique de l'entreprise – et on a fait la remarque que toutes les entreprises n'étaient pas dans une finalité exclusivement économique – créait, organisait systématiquement cette souffrance au travail, n'était pas forcément conforme aux souhaits de l'individu et générait de ce fait pratiquement inévitablement la souffrance. A part ça, il y a eu des débats très animés par rapport au chômage, aux abus, aux personnes qui pourraient abuser du système, avec des échanges de vue très vifs.



SYNTHÈSE DE L'ATELIER 3 PAR MARIANNE PRÉVOST

L'atelier 3 était intitulé : « *soigner le mal-être : compétence professionnelle et / ou compétence profane ?* ». Jean de Munck a balisé le contenu de l'atelier avec une intéressante intervention liminaire. Je vais un peu m'attarder sur cette intervention.

Prenant une position de sociologue, Jean de Munck nous a invités à réfléchir au fait que, d'une manière générale, tant la médecine que la psychologie ou la psychiatrie ne s'occupent au fond pas tant de la maladie en soi que de la déviance, comme d'autres corps sociaux : la police, la justice, les assistants sociaux... Au fond, ces acteurs oeuvrent soit en complémentarité, en articulation, soit en opposition, mais il est intéressant de les penser ensemble. Pour savoir comment une société définit la maladie, il est intéressant de savoir aussi comment elle définit la délinquance. On a aussi parlé des reconfigurations de l'intégration sociale depuis 25 ans. Les grands mécanismes intégrateurs tels que la famille, le clergé, le travail, ont de plus en plus volé en éclats. Il y a eu un basculement dans la société depuis une trentaine d'années, avec une transformation radicale des fonctions et des principes intégrateurs des gens dans la société et, dès lors, une transformation des mécanismes de réparation lorsqu'il y a intégration ou mise en danger – et donc lorsqu'il y a cette souffrance sociale qu'on peut rencontrer autant comme soignant dans le champ de la santé mentale que dans le champ de la médecine familiale. Il nous a invités à réfléchir sur les mécanismes actuels d'intégration, parce qu'on peut dire que nos sociétés ne sont quand même pas totalement désintégrées : on voit bien toutes les poches d'exclusion, ce qui ne veut pas dire que

le système dans son ensemble est désintégré actuellement. Il a invité les professionnels à se positionner par rapport à ces nouveaux mécanismes, changeants, d'intégration. Cela recoupe certaines constatations de M. Coupechoux ce matin. Ce mécanisme pousse à une individualisation et une responsabilisation devenues vraiment le socle d'une pratique institutionnelle instituée et la régulation collective des questions sociales reposant de plus en plus sur l'individu, responsable donc et éventuellement coupable de sa non intégration. Questionnant le rôle du psy par rapport à cela – comment peut-il se situer ? –, sa réponse est de l'encourager à restituer la part de l'autre, donc à ne pas prendre la personne en tant que cas individuel mais de voir, dans la situation, ce qu'il est mis en question de mécanismes de fonctionnement qui dépassent l'individu. Un autre de ces mécanismes est celui qu'il appelle « l'idéal de liberté négative », où la pensée dominante actuelle exprime que la liberté consiste à ne pas être empêché par d'autres, à ne pas subir la contrainte des autres, ce qui est au fond le minimum de la liberté. Le psy, l'intervenant, doit plutôt se situer du côté d'un élargissement des moyens disponibles aux personnes pour avoir une liberté. L'intervenant a un choix, une position à prendre soit pour maintenir cette liberté négative qui consiste à éviter d'être contraint par les autres, soit pour concourir au développement des moyens propres à étendre la zone de liberté. Un troisième mécanisme, c'est un idéal projeté dans l'ensemble de la société – que ce soit l'industrie, l'école, les médias –, celui de changer toujours : pas de rigidité, pas d'attachement. Or, il est tout à fait essentiel de sécuriser des appartenances avant de s'engager dans un élargissement des libertés positives.

Quelqu'un a parlé après de la précarité. Effectivement, celle-ci ressortit tout à fait de ce mécanisme de changement permanent. C'est évidemment aussi l'idéal de l'entreprise, de la flexibilité de l'emploi, etc. M. de Munck nous a aussi invités à réfléchir à la nécessité de maintenir et de revendiquer une certaine zone de stabilité qui permet à l'individu d'entreprendre des changements personnels qu'il peut choisir librement.

Il y avait dans notre atelier des usagers qui ont parlé en tant qu'usagers, l'un d'eux voulant manifestement faire valoir le lien qui peut exister, dans certains cas, entre les usagers et les professionnels, à partir d'associations d'usagers, ce qui lui semblait un petit peu nuancer ce que M. Coupechoux avait dit ce matin. Une autre intervention en tant qu'utilisateur poussait à valoriser les compétences profanes, qui sont – j'aimais bien l'expression – plutôt dans « le cœur à cœur ». Les compétences de ce type-là devraient aussi faire partie des compétences des professionnels, qui en plus de leur expertise professionnelle devraient peut-être revaloriser cette compétence-là. Un usager nous a très justement interpellés sur le fait qu'on discutait au fond des mécanismes d'intégration sociale depuis le début de l'atelier, mais qu'il fallait peut-être se questionner sur quelle intégration et pourquoi s'intégrer, dans quel type de société. Effectivement, cette notion d'intégration sociale, on ne l'a peut-être pas tellement remise en question.

On a aussi parlé de la position des professionnels qui, trop souvent semble-t-il, n'ont pas le temps – c'est le problème, tel qu'ils le disent – d'avoir un certain positionnement par rapport aux problèmes de la société produisant de la souffrance sociale. La proposition, c'était de se liguer clairement contre l'individualisme qui augmente dans tous les secteurs de la vie sociale, contre des choses intolérables comme les Centres fermés et contre les phénomènes de précarité qui se généralisent à tous les niveaux. Une autre proposition était d'élargir le champ des acteurs concernés. Un participant constatait que le champ de la santé mentale tendait à englober tout le champ de la souffrance sociale, alors qu'en fait elle en a peut-être quelque chose à dire mais que d'autres professions appartenant au champ des sciences humaines ou politiques ont aussi quelque chose à dire et à proposer par rapport à cette souffrance sociale.

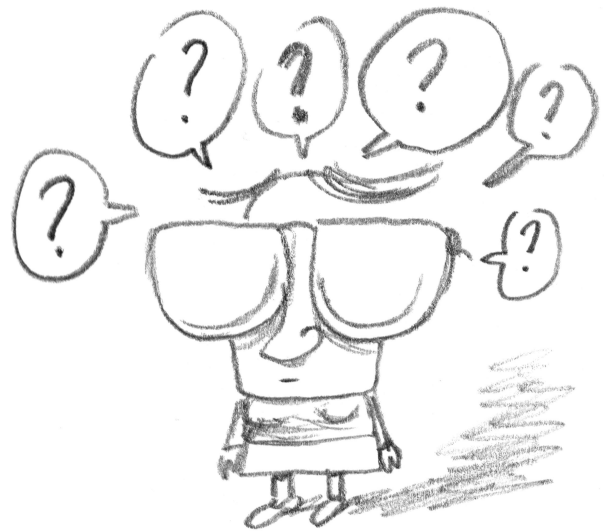
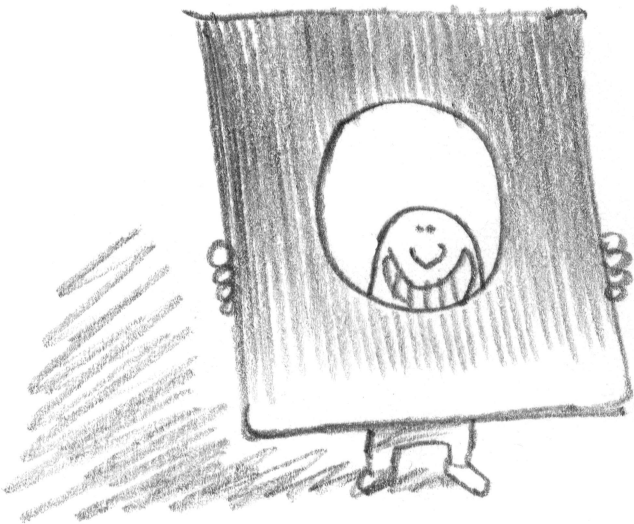
Une autre proposition encore est d'élargir l'analyse elle-même. Quelqu'un a insisté sur les phénomènes de mondialisa-

tion. Si on doit analyser nos sociétés, on ne peut le faire qu'en interaction avec l'analyse des sociétés du Tiers-monde et de ce que les inégalités produisent comme mouvements de populations et comme nouvelles précarités, comme nouvelles exclusions, dans nos pays.

Ensuite, une réflexion : modifier un peu l'angle de vue et se poser la question en tant que professionnels de soins sur l'action qu'on peut avoir vis-à-vis des lieux qui produisent la souffrance sociale. On a beaucoup réfléchi en termes de soignants qui reçoivent des demandes, mais quelle position peut-on prendre en amont par rapport à ce qui produit cette souffrance ? C'est aussi une manière de dépasser la différence entre patients et professionnels car, qu'on soit l'un ou l'autre, on est citoyen dans un même système social et il y a des résistances à créer ailleurs que dans les structures de soins, en amont de la demande de soins, et donc sur le terrain politique.

5

PANEL POLITIQUE ET SCIENTIFIQUE



PANEL POLITIQUE ET SCIENTIFIQUE



Jean de Munck

On a entendu les soignants, les experts, les usagers, les réseaux d'entraide... Il manquait un maillon fondamental, surtout quand on est à l'Autre « lieu » : le politique. C'est un moment très important. Personne n'ignore qu'il y a des difficultés avec le pouvoir politique en général, pas seulement dans le rapport des professionnels aux politiques mais d'une manière générale sur le statut politique. Comme l'a si bien dit Francis Martens, nous avons la chance de vivre dans un pays où ces difficultés sont moindres que dans d'autres pays et il est encore possible de parler. Profitons-en donc de manière enthousiaste ! Je remercie donc Mme la Ministre Françoise Dupuis, secrétaire d'Etat au Logement à la Région de Bruxelles-Capitale, d'être parmi nous. Nous sommes très sensibles à votre présence. Deuxièmement, je remercie Mme Dominique Maun, attachée, pour les questions de santé mentale, au Cabinet du Ministre Cerexhe, chargé de la Santé à la même Région. Troisièmement, je remercie également M. Paul Galand, député, président de la Commission Santé de la Communauté française et membre de la Commission Santé de la Commission Communautaire française (COCOF). Dernière intervenante à remercier, elle n'est pas une politique, mais elle a un regard particulièrement aiguisé sur le politique et sur le secteur, Mme De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social ; elle apportera également son grain de sel dans ce débat de manière un petit peu distanciée. Ceci n'est pas un exercice académique. On vous demande, aux uns et aux autres, de parler sans entraves, comme on dit dans les tribunaux. Chère Madame la Secrétaire d'Etat, peut-être que je pourrais tout simplement vous demander de réagir brièvement, comme aux autres d'ailleurs, à ce que vous avez entendu et aux multiples questions qui ont été posées, après quoi je donnerai la parole aux citoyens qui sont devant moi et qui brûlent de la prendre.



Françoise Dupuis

Moi je n'ai strictement aucun problème, je suis ravie d'avoir pu répondre à votre invitation et donc je l'ai fait dans des termes classiquement politiques puisque je suis responsable, à la Région bruxelloise, du logement. En tant que responsable du logement, je finance toute une série d'organisations, dont l'Autre « lieu » comme organisme d'insertion par le logement. C'est un vocabulaire compliqué mais qui signifie que, de toutes les manières, chacun avec sa spécialisation, on accompagne des personnes dans la recherche de logements et dans le maintien dans un logement. J'ai donc répondu présente tout de suite, d'autant que le sujet du jour n'est pas le plus familier pour nous puisque ce n'est pas celui qui est abordé le plus souvent dans notre monde, même celui du logement. Ça valait la peine qu'on se penche un peu, avec mon équipe, sur la question, puisque c'est le 25^e anniversaire. Je ne m'attendais pas à ce qu'il y ait autant de monde, ni même à ce que les sujets prennent cette tournure, donc excusez-moi si ma communication est un peu de nature pragmatiquement politique. Je m'interroge, mais après tout c'est mon métier, sur la réponse que je pourrais apporter à votre interpellation telle que je l'avais lue dans la présentation de la journée. Je vous cite : « *Pour les personnes plus lourdement perturbées psychologiquement que l'hôpital fait sortir après la seule prise en charge de la phase aiguë, la question des conditions de leur accueil dans la Cité, et notamment de leur habitat, n'a pas été posée par les pouvoirs publics. Cette carence entraîne etc.* »

les souffrances dont vous avez parlé. C'est là que je me suis sentie interpellée.

On s'est donc posé la question de savoir où était, d'abord, le nœud du rapport entre logement et santé mentale. Bon, vous le savez mieux que moi, il est dans la construction de l'identité personnelle. Il est aussi bien entendu dans la construction de relations, dans l'identité socialement reconnue et il est pragmatiquement politiquement ultra-nécessaire parce que, quoi qu'il arrive, sans logement, on n'est nulle part. C'est l'élément premier dans notre raisonnement, l'élément de la stabilité. Notre réflexion tourne donc aussi autour du thème de la précarité. Je pense que la désocialisation qui est liée aux troubles psychiques entraîne hélas des difficultés accrues de logement. C'est peut-être un problème de discrimination mais en tout cas c'est une réalité. Je veux regarder les choses en face. Bien entendu, la perte de logement, la crainte de le perdre, ou encore la vie dans des conditions de logement dégradées sont des atteintes portées à l'équilibre psychologique des personnes. Nous vivons cela dans notre monde politique de façon très aiguë puisqu'à Bruxelles, il y a, vous le savez certainement, une terrible crise du logement. Cette crise ne touche pas seulement les gens précarisés, elle ne touche pas seulement les gens défavorisés, elle commence à toucher énormément de monde, comme vous en avez parlé d'ailleurs : la crise de l'emploi, la déstabilisation, le fait que des gens se sentent progressivement en défaut de repères, le repère « logement » étant évidemment extrêmement important. Nous nous sommes demandés où on en était par rapport aux solutions ou aux réflexes politiques qu'on pouvait avoir dans ce domaine, en interrogeant aussi le travail qui est fait par l'Autre « lieu » puisque c'est pour ça qu'on est là. C'est vrai que les projets de logements communautaires et d'accueil des personnes connaissant des difficultés psychologiques, vous en avez fait un travail extrêmement pionnier. C'est quelque chose qui a fait ses preuves et une réponse intéressante dans certains types de situations. Je me suis penchée sur les expériences en question – je ne sais pas si vous en avez parlé pendant la journée ou si ça a été évoqué à un moment donné – mais c'est assez intéressant. Ça pourrait en tout cas être rappelé, peut-être que vous connaissez tous ça, mais moi je veux bien rappeler ça à mes collègues. Il est plus qu'évident que l'expérience de la rue du Vivier, de la rue Geefs, de la rue de la Poste, qui sont fondées sur des possibilités pour des personnes immigrées d'offrir un accueil à des autochtones, est quelque chose d'absolument extraordinaire. C'est une utopie. C'est quelque chose qui réhabilite cette notion et je trouve ça extrêmement intéressant. Bien plus qu'une idée sympathique, c'est une expérience qui a apporté des résultats. Comme nous soutenons ce type d'expériences, je ne vois pas pourquoi on n'en soutiendrait pas d'autres ! C'est là que je voulais en arriver. C'est clair que, d'une certaine manière, nous devons le faire ensemble. Nous intervenons dans le déficit locatif des maisons : ce n'est pas chinois, ce n'est pas compliqué, il faut à un moment donné que l'accueil puisse se faire. Alors est-ce qu'on a suffisamment de moyens pour mener ce type de travail ? C'est la question que, classiquement, on nous pose. Moi, je me demande s'il y a suffisamment de travail de ce genre qui appelle financement ! Ce n'est pas aussi simple que ça, et donc je pense qu'il faut travailler de cette manière-là. C'est une question que je veux bien poser aussi en comparant les coûts auxquels la société est exposée lorsqu'on n'a pas eu une approche préventive au bon moment. On peut comparer avec les coûts des approches exclusivement médicales, de la réinsertion de personnes qui ont perdu leur logement, on peut faire tous ces calculs-là et on verra qu'on s'y retrouvera toujours.

Pour autant, il faut évidemment avoir des projets et des propositions spécifiques. Et là, c'est moi qui vous remballe, évidemment, excusez-moi de le dire mais c'est normal, c'est un dialogue, vous m'avez demandé de répondre, je vous renvoie la balle d'une certaine manière. Je veux bien voir aussi que c'est assez difficile d'avoir des politiques. Même quand on a l'esprit ouvert, qu'on a des expériences et qu'on écoute, on ne peut pas toujours orienter des politiques que les opinions publiques ne soutiennent pas. Je le dis dans l'autre sens : si les opinions publiques réagissent de telle ou telle manière,

elles orientent évidemment les politiques qui sont menées. J'ai un peu le sentiment – c'est provocateur, mais je peux faire de la provocation aussi si on veut, c'est nécessaire pour avancer – que l'opinion publique n'identifie pas, ne reconnaît pas l'intérêt de ce travail. En tout cas, dans le rapport avec le logement, ce n'est pas un problème qui surgit. On s'est posé la question et il y a un combat à mener pour faire évoluer ce regard. Il faut faire du bruit autour de l'action de ce travail, autour de ce 25^e anniversaire, puisqu'il y a encore pas mal de chantiers à ouvrir. Pour en prendre un assez simple, on peut évidemment parler des collaborations entre le secteur de la santé mentale et nos 33 sociétés de logement social. Après tout, c'est le logement public, nous n'en avons pas beaucoup, mais il s'y trouve beaucoup de personnes en situation précarisée par définition. Ça fait quand même 38 à 39.000 logements. Il y a des dossiers qui font le point sur la question. On montre qu'il y a des attitudes qui évoluent. Il ne faut pas non plus croire que les choses sont stables. Lorsqu'on se penche sur certaines expériences – j'ai lu dans un exemplaire récent de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale des expériences relatées au niveau de responsables des foyers bruxellois d'accueil, donc de logements sociaux –, on indique bien que dans les conflits de voisinage qui sont engendrés inévitablement par des troubles comportementaux d'un certain nombre de locataires, on trouvait d'abord des réponses systématiques en envoyant les gens chez le juge de paix, dans des résiliations de bail, dans l'expulsion de locataires perturbateurs. Mais maintenant la situation évolue. Il y a un certain nombre de responsables de foyers qui établissent des partenariats avec des intervenants en matière de santé mentale et, en l'occurrence, ce foyer dont je parle mais dont je ne citerai pas le nom, a mis à la disposition d'intervenants en matière de santé mentale des logements, quatre par an, en contrepartie de quoi ces intervenants s'engagent à offrir une aide à cette société de logement si elle a des difficultés. Ce sont des partenariats qu'on doit pouvoir faire évoluer. Ça prouve aussi qu'il y a un certain nombre d'images qui ont évolué. Il faut faire bien attention : les interventions des Services de santé mentale doivent quelque part être cadrées, on ne peut pas médicaliser les problèmes sociaux dans les sociétés de logements sociaux, mais c'est quelque chose qui fonctionnerait. Nous avons ici à Bruxelles autour du logement social plus d'une soixantaine d'intervenants sociaux de tous types, plus tous les services qui interviennent pour l'insertion par le logement, pour l'accompagnement des locataires, bref on a énormément d'encadrement social. Il n'y a encore que peu d'éléments de dynamique autour de la santé mentale qui font appel à ces personnes. Il y a là un travail qui peut être fait. Soixante assistants sociaux, ce n'est pas rien et, d'après mes informations, il n'y a que quatre sociétés qui ont des partenariats avec des services de santé mentale. Ça pourrait être largement étendu.

Je suis sûre qu'il y a des portes à pousser et il faut le faire, ce n'est certainement pas nous qui allons les maintenir fermées. Maintenant, bien entendu, les expériences particulières ne doivent pas se faire dans le domaine du logement social proprement dit parce que ça ce n'est pas possible, les sociétés de logement social ne sont pas vraiment là pour ça. Mais il y a à développer un certain nombre de projets spécifiques comme vous en avez déjà. Nous préférons utiliser cet autre canal qu'est le Fonds du logement parce qu'il a beaucoup plus de souplesse et donc, si je vois les initiatives qui ont été développées jusqu'à présent, c'est effectivement avec le Fonds du logement. La politique du logement qui est menée n'est pas, je peux vous l'assurer, en tout cas pour l'instant au gouvernement bruxellois, néo-libérale. On peut toujours dire que 5.000 logements publics c'est pas beaucoup mais ça fait 5.000 logements publics. Tournez-vous un peu et imaginez ce qui a été fait jusqu'à présent dans cette matière. C'est une politique de grands travaux publics qui est tout sauf néo-libérale. On ne fait pas un accueil de personnes uniquement avec des briques ; pour loger les gens, il faut aussi des logements. Une première réponse est clairement de se donner plus de disponibilité. Pour faire changer les choses, il faut le faire ensemble. On a tendance à tirer un peu sur le politique. Moi ça ne me dérange pas. On résiste, on est plus résistants

que vous ne le croyez. Je ne connais rien, vous allez rire, j'ai entendu parler d'un mot qui s'appelle *résilience*. On résiste mais c'est sûr qu'il faut pouvoir entendre des formulations de propositions qui sont des propositions. Je fais aussi un peu de provocation : j'aime bien recevoir des *propositions*. Ce qu'on m'a demandé, c'est de construire des logements, de produire du logement en masse et de faire un accompagnement social diversifié. Je fais ça. Le plus possible et de toutes les manières.

La seule chose que je ne trouve pas toujours très développée – et c'est pour ça que je trouve ce que l'Autre « lieu » fait très intéressant –, c'est l'accent mis sur ces problèmes de santé mentale, et je crains qu'à l'avenir, étant donné la crise du logement et d'autres crises, ce problème ne fasse que s'accroître. Et là, c'est clair, on va être aux premières loges. Je m'adresse aussi bien à l'équipe de l'Autre « lieu » qu'à d'autres équipes. Je suis une optimiste. Il y a des optimistes. Il y en a dans la salle. Je suis sûre qu'on se reconnaîtra par des petits signes en sortant. On n'est pas fous. On voit aussi bien les difficultés quand on est optimiste que quand on est pessimiste. Mais ça permet tout de même d'avancer. Ce qui permet de conserver son regard critique sur des pratiques de santé mentale, c'est aussi bravement un acquis des mouvements des anciens ; on remonte parfois fort loin, j'en ai reconnus dans la salle. On n'est pas des anciens combattants parce qu'on a participé à certains combats quand on continue à se battre. Je vous remercie. Et je suis toute oreille, je n'ai aucune réponse toute faite. Pour être tout à fait sérieux, il y a un vrai champ d'investigation et il faut étendre cette investigation encore au-delà de ce qui est fait jusqu'à présent et qui est très bien fait.



Jean de Munck

Merci Madame la Ministre. Je crois que les agendas se sont déjà ouverts et qu'on a bien entendu votre appel à propositions. Je cède la parole à M. Paul Galand, Député, Président de la Commission santé de la Communauté française, pour une brève réaction.



Paul Galand

Au fond, l'Autre « lieu », pour son 25^e anniversaire, a bien continué dans sa ligne et dans ses intuitions de départ. Un des signes, c'est que la première personne politique qui est appelée à intervenir n'est pas un ministre de la santé mais un Ministre du logement. Je pense que c'est significatif, surtout quand on voit les problèmes à Bruxelles par rapport au logement et au défi que ça représente dans cette capitale de l'Union Européenne. Un compliment pour l'Autre « lieu » et un compliment pour l'action du gouvernement bruxellois qui essaie quand même de relever ce défi. Le deuxième signe, c'est le titre et le sujet. Quand je lis une phrase de la première page : « *Les principes justifiant des politiques économiques et sociales néo-libérales ne reconnaissent pas la fragilité inhérente de l'existence face à la faiblesse humaine, aux désirs inguérissables et aux pertes inévitables* » et que je vous vois si nombreux ici, je me dis ouf ! Il y a un endroit et un réseau où il y a de la place pour mes fragilités inhérentes, ma faiblesse humaine, mes désirs inguérissables et mes pertes inévitables. Ouï ! On est dans un pays où le budget de la solidarité, au niveau fédéral, est plus grand que tous les autres budgets de l'Etat. Cette année-ci, le budget de la sécurité sociale a dépassé tous les autres budgets. Et on déprime. Il y a un climat où on sent qu'il y a de la souffrance psychosociale. Alors on doit s'interroger : comment, pour tous ceux qui ont été militants dans ces différentes causes, comment, culturellement, n'a-t-on pas gagné contre le néo-libéralisme ? L'ambiance qui prédomine dans une série de discours, c'est qu'on est un peu perdu, là. On n'a pas perdu dans les chiffres, parfois on ne gagne pas assez sur leurs répartitions, mais *culturellement*. Un des signes, c'est qu'on nous appelle le « non marchand ».

Nos dénominations à nous se font par rapport à celles des autres. On n'a pas su, à un certain moment, inventer, créer nos propres mots pour nous dire et, c'est vous qui me l'avez appris, les mots, quand ils ne sont pas bien ciblés, aggravent les maux. Dans cette société, le courant culturel qui prédomine, c'est bien sûr le néo-libéralisme. Avec des conséquences en santé mentale qu'aujourd'hui vous avez essayé d'identifier, de mieux cerner, et je vous en remercie. Cette société néo-libérale, cette société de consommation, est celle qui confond croissance et développement. Et ça c'est terrible, pour moi en politique et pour vous en santé mentale, parce que ce type de société, de discours dominant, ne peut qu'aggraver de plus en plus la frustration du manque et, plus gravement, disqualifier la frustration et disqualifier le manque. Quand je parle du manque, je l'entends ici dans le sens où vous l'utilisez, dans votre travail psychologique, de psychothérapie, psychosocial, et dans la façon dont on touche à ce qui peut faire sujet.

En politique, j'ai besoin de rencontrer, de travailler avec des sujets citoyens. Et si ce qui prédomine comme climat socio-culturel n'est pas quelque chose qui fait du sujet, c'est difficile de travailler. Je pense qu'on a du pain sur la planche à ce niveau-là pour ajuster notre travail, dénoncer cette confusion entre croissance et développement. Ça ne veut pas dire, nonobstant cette confusion, qu'on ne lutte pas contre la pauvreté. Myriam De Spiegelare est là pour le dire : en Région bruxelloise, on a une loi qui impose tous les ans un baromètre sur l'état de la pauvreté. On a essayé de faire des choses. Il n'y a pas beaucoup d'endroits au monde où c'est la loi qui impose qu'on évalue l'ensemble des politiques menées à partir de la question : « est-ce que la grande pauvreté diminue ou augmente ? ». « Est-ce que l'inégalité sociale diminue ou augmente ? » Qu'on s'impose, qu'on accepte, que le gouvernement accepte d'être jugé à partir de là. Parce que nous savons tous que la grande pauvreté touche aussi bien le logement, l'enseignement, la santé, la culture, etc. et donc que si ça s'aggrave, ça veut dire que, globalement, on n'arrive pas, malgré tous nos efforts, à orienter l'ensemble des politiques dans une direction pertinente. C'est un combat politique, parce qu'il y en a qui préféreraient casser le thermomètre plutôt que d'accepter d'être remis en cause. Ce qu'on attend aussi de vous, quand vous entendez des patients, c'est que vous entendiez des patients citoyens. En parlant de leurs souffrances, ils disent quelque chose de la société.

Comment peut-on faire remonter ça – cette part que vous entendez du patient citoyen – vers les commissions parlementaires ? Comment enrichir, à partir de cette écoute, de ce qui se dit, notre discours politique pour arriver à mieux défendre ces valeurs de solidarité et ces réussites de solidarité dont j'ai parlé tantôt, et que ça ne soit pas culturellement et en terme d'ambiance générale un discours néo-libéral qui prédomine ? Ça, je pense qu'on ne va pas l'inventer tout seuls. On a besoin de cette parole des patients que vous entendez.

On avait fait une expérience en région bruxelloise, plusieurs s'en souviennent, qui s'appelait « Santé mentale et démocratie ». Pour défendre le budget de la santé mentale à la COCOF, pendant plusieurs années, on s'est réunis, des parlementaires de chaque parti démocratique et des gens de terrain. Quand le ministre a dû défendre son budget « santé mentale », il a pu obtenir en Région bruxelloise plus, proportionnellement, qu'en Wallonie parce qu'il avait derrière lui des parlementaires de tous les partis démocratiques, opposition et majorité, qui avaient été nourris de cette parole, la vôtre, et il savait qu'il était soutenu quand il est venu présenter son budget et le défendre vis-à-vis de ses collègues au Conseil des ministres. On s'est un peu arrêté trop vite au budget. On aurait dû continuer sur la façon de construire le discours politique. Je prends un seul exemple sur cette construction du discours politique et puis je m'arrête là – je me souviens de René Dumont, qui avait été à l'origine du discours, ça s'appelait « *l'utopie ou la mort* ». C'est une illusion. C'est l'utopie et la mort. Mais ça ce n'est pas un discours politique, je ne vais pas être élu en disant « maintenant, aujourd'hui, c'est l'utopie et

la mort ». Mais il faut que j'intègre qu'on est des mortels et qu'on va recréer une réassurance collective non plus à partir d'illusions ou de croyances mais à partir de l'aventure qu'on vit ensemble, à partir du fait – et c'est ça aussi la grandeur des mutuelles et de cette solidarité sociale qu'on a en Belgique – qu'on peut prendre des risques. Parce que si ça ne marche pas, on essaie de vous rattraper. Quand il y a des trous dans ce filet-là, là on est foutus. Donc, ce reticotage des trous requiert chaque fois d'identifier où sont ces trous. Par ce que vous entendez et ce que vous voyez, comment faire remonter ça plus vigoureusement au niveau du Parlement et comment reconstruire un meilleur discours politique à partir de là ?



Jean de Munck

Merci M. Galand. Je crois que vous touchez un point essentiel en considérant que les professionnels sont des intermédiaires du politique et qu'ils sont en charge d'aider et d'écouter, mais aussi de déchiffrer et de donner une voie au niveau politique. Je cède la parole à Mme Dominique Maun, attachée au Cabinet du Ministre Benoît Cerexhe, chargé de la santé à la Région de Bruxelles-Capitale.



Dominique Maun

C'est dur de parler après vous deux... Ce que j'avais envie de faire, c'est de vous parler de mon Ministre qui, et ceci par rapport au thème de votre colloque, a la grande chance ou le grand malheur d'être ministre de la Santé – ça c'est plutôt sympa – mais aussi ministre de l'Emploi, de l'Economie et de la Recherche scientifique... et des Pompiers, mais ça c'est moins grave. Aujourd'hui, on a beaucoup entendu parler de la souffrance des patients, de la souffrance des soignants, et je me disais, au fond, il y a aussi peut-être bien aussi la souffrance des Ministres... Comment fait-on, lorsqu'on est Ministre de l'Emploi, de l'Economie et de la Santé, pour faire des choix politiques à Bruxelles, où on a 80.000 chômeurs, où on vous dit que l'essentiel est d'essayer de faire en sorte que les gens travaillent ? Parce que c'est un déterminant de la santé, le travail, comme le logement, comme le lien social. J'avais envie de mettre ça en préambule parce que, par rapport à tout ce débat, les politiques aussi sont dans une situation complexe. Comme vos patients sont complexes, comme la manière dont vous devez les traiter, les appréhender est complexe, le choix politique est devenu très complexe et, de fait, vous êtes des acteurs essentiels de ce choix politique, sous réserve de vous parler, de réfléchir autour de cette question de la souffrance sociale, du champ de la santé mentale, de où commence la maladie, de qui traite. La famille, le psychiatre ? Effectivement, je vous renvoie ces questions, à vous les professionnels, en disant « *ce serait quand même chouette que vous aidiez les politiques à prendre des décisions* ». Pour cela, l'intérêt serait de ne pas venir en ordre dispersé, d'essayer de trouver avec les politiques – mais je ne sais pas où est le bon lieu pour ça – quelles sont les priorités et la manière de les mettre en place. Aujourd'hui, le gouvernement bruxellois a décidé que ses priorités étaient les déterminants de la santé. Il a décidé que c'était le logement, l'emploi, la formation du côté de la CoCoF et de la Région, la cohésion sociale du côté de la CoCoF parce que, visiblement, quand il mettait les moyens du côté de la santé mentale, les choses continuaient à évoluer de manière difficile. Aujourd'hui donc, le choix s'est porté sur les déterminants. Ce n'est pas pour cela qu'il arrête de mettre les moyens sur la santé mentale. Mais on n'avance pas, on est dans un monde néo-libéral, et le Ministre a du mal à faire des choix entre créer une entreprise – qui malheureusement va demander à ses travailleurs un rythme de travail difficile, qui va peut-être les mettre dans une situation de santé pas évidente mais créer de l'emploi – ou créer des services de santé mentale. Tout ça est très compliqué.



Jean de Munck

Pour terminer, une petite note d'un point de vue plus scientifique par Mme Myriam De Spiegelaere, Directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social



Myriam De Spiegelaere

Je vais être très brève car la journée est longue et vous avez déjà beaucoup écouté. Je voulais juste relever trois petits points par rapport à ce que j'ai entendu, aussi bien ce matin que lors des relevés des ateliers. Tout d'abord, ces liens extrêmement étroits qui existent entre la pauvreté et la santé mentale. La preuve est cette confusion permanente qu'on a eue toute la journée où, parfois, on avait le sentiment qu'on pouvait remplacer le terme de folie par *pauvre*. Comme disait M. Coupechoux, « *les fous sont les exclus des exclus* » et, quelque part, cette loupe autour de la santé mentale, c'est la même chose quand on s'intéresse à la pauvreté. Je voulais relever deux parallélismes importants dans le traitement de la folie ou le traitement de la pauvreté.

C'est d'abord tout ce qui concerne la dangerosité. On a beaucoup parlé de cet aspect de la dangerosité lié à la folie. Je voudrais souligner combien c'est aussi le cas en terme de pauvreté. Combien, de plus en plus, les quartiers défavorisés sont considérés comme des quartiers dangereux et, surtout dans la vision des intervenants, on nous rapporte beaucoup l'insécurité des travailleurs qui doivent travailler dans ces quartiers, et un peu moins celle des gens qui y vivent aussi. Cet aspect de dangerosité est une forme de stigmatisation de ces quartiers et aussi la justification de l'intervention dans ces quartiers. Il y donc a là un parallèle important.

L'autre aspect, c'est la médicalisation. On a parlé du danger de la médicalisation de la santé mentale et je pense que c'est la même chose en termes de pauvreté. On a parlé de cette augmentation du nombre de personnes qui vivent d'un revenu d'invalidité ou d'handicapé et c'est vrai que nous le voyons dans nos chiffres. Il y a donc un shift qui va de l'allocation du CPAS, du revenu d'intégration sociale, vers l'allocation d'handicapé et, quelque part, vers la reconnaissance que, pour pouvoir survivre, avoir de quoi vivre, il faut être reconnu médicalement comme étant malade, même si on n'est pas vraiment malade ; en terme de pauvreté, on est *usé* par les conditions de vie.

Un autre point que je voulais mettre en évidence, c'est comment faire pour questionner les politiques de manière générale, les politiques économiques, sociales, à l'aune de cette souffrance psychosociale ? Je pense qu'il y a des choses comme le statut du cohabitant – ça fait des années que les travailleurs sociaux remettent en cause ce statut qui détermine que quelqu'un qui vit seul a une allocation plus importante que quand elle vit en ménage et ce n'est toujours pas réglé – qui cassent la solidarité et renvoient des pères dans la clandestinité. On sait tous les dégâts que ça fait dans les familles. On a vu dans les chiffres en Région bruxelloise que dans des quartiers de logements sociaux, plus d'un tiers et parfois plus de la moitié des femmes de moins de 40 ans vivent seules avec leurs enfants. Mme Dupuis en a parlé, on voit s'aggraver la précarité. Justement, ces facteurs de déstructuration sont liés aussi aux politiques sociales.

Je pense qu'il faut vraiment les interroger à la lumière de cette souffrance psychosociale. Je pense aussi à tous ces aspects extrêmement importants dont on a déjà parlé en Région bruxelloise, ces aspects de discrimination à l'embauche. Les dernières données qu'on a publiées mettent vraiment en évidence combien, à diplôme égal, les chances de trouver du

travail sont vraiment différentes selon l'endroit où on habite, qui reflète aussi la nationalité qu'on a. Un Bruxellois sur six vit d'allocations de remplacement ; trois jeunes Bruxellois, donc trois enfants sur dix à Bruxelles vivent dans un ménage où il n'y a aucun revenu du travail et dans certains quartiers, c'est un enfant sur deux, le décrochage scolaire est massif... On sait que toutes ces choses-là renvoient les gens vers une économie parallèle et que cette économie parallèle est encore bien plus violente que l'économie officielle parce que c'est vraiment la loi de la jungle. Quand, là-dedans, on est exclu ou on est le plus faible, ça devient extrêmement difficile à vivre.

Pour terminer, et là peut-être que je serai un peu provocante par rapport aux aspects des politiques de santé mentale, c'est en écho à ce qui a été dit plus tôt, comment résister ? Comment faire qu'on refuse une sorte de complicité avec le système au niveau des services de santé mentale, qui consiste à répondre – et c'est normal qu'on tente d'y répondre – à une demande croissante liée à la souffrance sociale ? Comment on peut résister à ça ? C'est vraiment une question de fond. Quand on est travailleur dans des services de santé mentale, comment peut-on faire ? Peut-on refuser de soigner les gens pour réorienter leur souffrance vers là où elle doit se poser, c'est-à-dire au niveau du questionnement de la société, peut-on redonner son sens politique à cette souffrance pour permettre que la société soit renvoyée à elle-même et quand je dis la société, c'est tous les citoyens ? Comment reconstruire des mécanismes intégrateurs nouveaux ? Il faut que la société se penche sur ces questions. Quelque part, les politiques qui visent à augmenter sans fin l'offre en Services de santé mentale dévient une réponse à ces questions-là. Bien entendu, je ne peux pas dire noir / blanc. Comme on l'a dit, quand on répond par l'urgence au niveau humanitaire dans des crises humanitaires dans des pays du Tiers-monde, on sait, ça a été montré, que c'est aussi un handicap pour le développement. Alors, que faut-il faire ? Il n'y a pas de réponse toute faite mais je pense que ce débat doit être mené non pas entre personnes de la santé mentale mais en ouvrant le dialogue – et je trouve que ce colloque est une occasion pour ça, merci aux organisateurs – entre les personnes des Services de santé mentale et tout le reste de la société.



Jean de Munck

Merci beaucoup. C'est un magnifique point de suspension provisoire. Très provisoire, parce que je vais donner tout de suite la parole au public qui désire poser des questions. Je dois dire que je m'étais apprêté, comme président de débat, à jouer un peu au castrateur, prêt à interrompre et à poser des questions, si des discours déviaient vers la langue de bois... Là, je dois dire que j'ai trouvé les interventions d'une extrême qualité, dans l'honnêteté des problèmes posés, tant du point de vue du politique que du point de vue de l'opinion publique que du point de vue du constat des politiques face à la crise sociale qui s'aggrave. Intervention de qualité également de la part de Madame la Ministre et de ce sentiment qu'elle nous transmet que l'opinion publique ne comprend pas ce qui est une question démocratique essentielle pour les professionnels qui souvent se plaignent, mais il faut quand même savoir qu'il y a pour l'instant un problème de communication absolument massif avec l'opinion publique et que le politique se trouve en intermédiaire entre les deux mondes, ce qui pose d'énormes problèmes.



Un intervenant

On nous invite à résister et je trouve que c'est une porte ouverte très agréable. Mais je me rends compte que les associations que je fréquente, comme Frères de SANS, ont peur de faire des propositions et des innovations en résistance, peur d'être stigmatisées par les pouvoirs subsidiaires. Les moyens qu'elles reçoivent, elles ont l'impression de les dévier quand

elles font vraiment un travail qui essaie de permettre au citoyen d'être actif et responsable de ce qui se passe. C'est quelque chose dont on n'a pas la réponse et qui doit se construire mais il y a une partie de ce travail-là que nous ne pouvons pas faire. J'ai l'impression qu'on est déjà invités à avoir une vision globale et à travailler sur les déterminants de la santé. Mais si ce que ça implique remettrait vraiment en cause le pouvoir... Alors, Madame la Ministre, vous invitez à des initiatives... Moi, les initiatives que je vois – je pense à l'occupation du 103 (NDLR : 103 Boulevard de Waterloo à Bruxelles), à l'occupation des églises par les sans-papiers –, je ne les vois pas financées, je ne vois pas le gouvernement se dire : « *ah chouette, enfin une initiative, je vais leur donner du pognon pour qu'ils aient plus de pouvoir* ». Je ne vois pas ça. Et ici, vous êtes à la table et vous nous dites : « *c'est ce qu'on fait* ». Je ne dis pas que c'est de la langue de bois parce que je crois que vraiment il y a une impossibilité de communiquer là-dessus et que ces problèmes ne sont pas portés par l'opinion publique. Mais au niveau du courage politique, ne peut-on communiquer que sur ce qui est accepté par l'opinion politique ? Je crois que la question est claire...



Un intervenant

Je m'appelle Stéphane De Geest, de l'association d'usagers UilenSpiegel. En ce qui concerne l'opinion publique, les politiques arrivent avec l'argument « *vous savez, du point de vue européen, juridique, économique, que l'opinion publique suive ou pas, il est nécessaire d'imposer cette mesure* », alors éventuellement, du point de vue social, vous pourriez avoir le même argument et diriger dans une certaine direction. Une remarque que je voudrais ajouter pour Madame la Secrétaire d'Etat. Vous savez que votre collègue au niveau fédéral, M. Rudy Demotte, Ministre de la santé publique, met sur pied des projets pilotes, des projets thérapeutiques et de concertation transversale qui vont mener à une nouvelle forme de soins en santé mentale d'ici trois ans. En ce qui concerne ce modèle, dans la littérature néerlandaise, il ressort clairement que les instances professionnelles de la santé mentale n'arrivent pas à discerner le rôle que pourraient avoir d'autres acteurs non professionnels dans le secteur de la santé mentale. Par exemple, en ce qui concerne le logement, ils n'arrivent pas à voir ce rôle donc ils souhaitent prévoir du logement au sein du secteur santé mentale. Alors qu'il s'agirait plutôt de prendre contact avec d'autres promoteurs de logement, régional, communal ou privé. En ce qui concerne ces projets thérapeutiques et de concertation transversale, il s'agit d'instaurer le modèle des réseaux et des circuits de soins avec différents acteurs, des professionnels de la santé mentale et d'autres acteurs de la société mais si vous attendez des remarques et des propositions de la part des professionnels du secteur de la santé mentale en matière de logement, vous pourriez attendre longtemps, je crois. Sauf de la part de certains esprits ouverts qui prennent des initiatives...



Françoise Dupuis

Peut-être que j'ai dit trop vite que j'étais optimiste. Mais je reste quand même optimiste ! Deux choses : d'une part, concernant le dialogue entre le politique et les autres, je me suis contentée de dire que j'avais constaté à l'occasion de ce 25^e anniversaire qu'une série de propositions et de chantiers qui sont assez particuliers avaient été mis au point avec succès, et que donc peut-être que des chantiers de ce genre-là, qui sont précisément des chantiers en rupture – ce n'est pas global, ce n'est pas le monde entier, ce n'est pas la solution politique élaborée sur le plan idéologique, etc. –, ce sont des expériences en rupture qui sont intéressantes, qui font des démonstrations et à partir desquelles on peut sensibiliser l'opinion publique. Et bien, de celles-là, il en faudrait d'autres. Ça, c'était l'appel, puisque j'étais ici à l'invitation de l'Autre « lieu » en tant que Ministre du logement. Je me disais que ces lieux dont on a parlé, on pourrait en imaginer d'autres ensemble ou, sur votre proposition, en prendre en charge d'autres. Donc non, je ne parlais pas du 103. Je sors d'en prendre

juste avant de venir vous voir, j'étais interpellée au Parlement sur ce qui allait se passer si le juge de paix nous dit, me dit, dit à Mme Onkelinx, Ministre de la justice, ou à la Ville de Bruxelles : « *voilà, on les met tous dehors, prenez-les* ». Non, ça ne se passera pas, je ne pense pas mais je n'en sais rien, je ne suis pas à la Justice de paix, mais ce n'est pas la manière de voir les choses. Il est plus qu'évident que ce n'est pas de ça que je parle, quoique là aussi, ces initiatives à titre symbolique ont ma sympathie parce qu'elles ont un intérêt majeur, c'est d'attirer l'attention du public et d'accréditer les notions de crise et de précarité du logement alors que vous entendez encore plein de gens qui vous expliquent que non, les loyers n'ont pas augmenté. Ça, c'est mon job de tous les jours à moi, mon professionnel à moi. Je crois qu'il y a moyen qu'on travaille pour créer d'autres types de dialogues. Bon, je suis très bien ce que vous dites, même si je ne connais pas spécialement le projet de M. Demotte. Au gouvernement bruxellois, j'ai déjà pas mal de boulot avec ce que je dois faire, mais je peux vous dire qu'on est volontariste, si vous croyez que c'est facile de construire ne fut-ce que du logement social... On peut discuter ! Au fond, pourquoi est-ce qu'on construit du logement social, hein, qu'est-ce que c'est que cette histoire ? Ça, ce sont des débats de nature politique. A partir du moment où l'on a décidé qu'il en fallait et qu'il fallait des politiques correctes d'accueil et d'accompagnement d'un certain nombre de personnes en difficulté, il faut le faire. Je vous assure, on échange nos places pendant une semaine et vous voyez ce qu'il faut taper sur la table pour *proposer* de construire du logement social. Et 5.000, alors là, bonjour les dégâts ! C'est tous les jours qu'on se bat avec les gens en leur expliquant que oui, il faut que ça se passe, peut-être qu'ils n'ont pas envie d'avoir ça à côté de chez eux mais quand même on va le faire convenablement et ils ne le regretteront pas, etc. Toute cette affaire est idéologique. D'un bout à l'autre. Dans une société qui se dualise, c'est évident. Et ce n'est pas facile à faire mais ce n'est pas pour ça qu'on ne le fait pas.



Dominique Maun

Je voulais juste réagir pour dire que du point de vue de la Commission Communautaire française, en tout cas en Région Bruxelles-Capitale, le Ministre Cerexhe, comme président du Collège, s'est vraiment positionné en disant que, par rapport aux personnes sans-papiers, il demandait instamment aux associations subsidiées de les accueillir et en tout cas de ne pas les laisser sur le trottoir. Il s'est positionné fermement devant le Parlement à ce sujet. Maintenant, c'est vrai qu'il n'a pas mis des moyens financiers en plus dans les secteurs aujourd'hui mais, en tout cas, l'accueil doit aller jusque-là dans les secteurs subsidiés par la CoCoF. La deuxième chose, c'est que toute la question du travail en réseau est soutenue au niveau de la Santé et l'idée de base soutenue depuis le début de cette législature c'est de dire « *on ne fait plus de la santé tout seul* ». On ne fait plus de la santé mentale tout seul. On ne fait plus de la médecine générale tout seul. Parce qu'aujourd'hui, les demandes ont changé, les choses sont plus complexes que ça. L'idée, c'est : « *vous devez travailler avec d'autres professionnels, avec des profanes évidemment, avec les familles, etc.* ». On soutient d'abord ça.



Une intervenante

Je m'étonne de l'absence d'un Ministre, celui de l'Enseignement. On parle beaucoup d'amener cette réflexion, ce débat, dans l'opinion publique, mais j'aurais aussi envie de l'amener au niveau de *tous* les professionnels. Pour avoir fait quelques universités, je me suis rendue compte que ce débat n'y a pas lieu. Un petit exemple : je suis des études d'Art thérapie, et donc j'ai des cours de Sémiologie psychiatrique à Sainte-Anne, la grande clinique à Paris. J'ai eu le malheur de parler d'antipsychiatrie, pas en tant que solution mais en évoquant les questions qu'elle posait et en estimant que ces questions-là étaient intéressantes, et la seule réponse que j'ai pu avoir d'une grande prof de psychiatrie, c'est :

« *Mademoiselle, l'antipsychiatrie c'est ringard* ». Voilà. C'est clair que ça concerne tout le monde mais ça concerne aussi des professionnels et c'est un vrai manque dans la formation, toute cette réflexion-là. On sort très démunis, enfin je parle de ma formation qui est la Psycho, on sort de là... on a l'impression de savoir beaucoup de choses mais dans le fond, on ne sait pas grand-chose, et après c'est un peu à nous de se débrouiller et de trouver des lieux de réflexion. Alors il y a AT-TAC, il y a l'Autre « lieu », il y a d'autres endroits comme ça où on peut rencontrer des gens, où on peut discuter, où on peut avoir ces débats-là, mais je me dis quand on voit l'autoroute, les cerveaux de demain, tout ça, peut-être qu'il faut leur raconter ça aussi, aux cerveaux de demain.



Jean de Munck

Une chose est sûre, vous ne devez plus aller à Paris pour avoir le cerveau de la psychiatrie, il faut venir à Bruxelles. Manifestement, c'est à l'Autre « lieu » et dans de multiples endroits que les choses se construisent et que l'avenir s'invente.



L'intervenant de Frères de SANS

Le secteur a des blocages aussi, que ce soit suite à l'éducation ou à des choses comme ça. Aujourd'hui, c'est difficile pour le secteur de lâcher prise sur sa position de pouvoir, que ce soit pour le personnel médical ou les directions d'institutions. Est-ce que c'est pas ça... je ne dis pas que toute la solution est là... de donner des moyens à des initiatives... c'est pour ça que je citais ces initiatives-là, les sans-papiers, le 103, etc. Je trouve justement, qu'ils soient protégés par la police parce qu'ils ont des ennuis, je trouve ça très joli comme image de ce qui se passe actuellement, ce n'était pas une critique... Je trouvais ça intéressant de se demander pourquoi on injecte l'argent à travers le secteur, qui est quelque part quelque chose de très institutionnalisé et qui a déjà fait ses preuves d'inefficacité sur pas mal de choses, plutôt que de l'injecter aux usagers ou de favoriser une terre fertile, de donner les moyens, et pas seulement construire des logements, mais donner les moyens aux personnes de pouvoir réagir. Alors on dit : « *Où sont ces initiatives ? Ça ne vient pas* ». Et de l'autre côté, les usagers disent : « *Comment voulez-vous qu'on ait des initiatives, on a dur à survivre ?* ». Là, il y a quelque chose qui se mord la queue. Je ne sais pas comment en sortir mais...



Paul Galand

Concernant la question de l'enseignement, on considère mentalement qu'il y a des acquis et qu'on passe à l'étape suivante sans peut-être se rendre compte... par exemple, la démocratie – et je fais de nouveau le lien entre démocratie et santé mentale –, c'est récent, c'est un processus où je ne dis pas qu'on est au début, mais où il y a encore beaucoup de boulot. Quand dans les communes, le bourgmestre préside son Collège exécutif et le Conseil communal qu'il doit contrôler, c'est un peu comme si, au Parlement, le Premier ministre présidait aussi la Chambre. En classe, le prof est à la fois arbitre et entraîneur. Donc l'élève est toujours en difficulté par rapport à ça, et le prof aussi. Pourquoi ne peut-on pas être l'arbitre dans la classe d'à côté où on n'est pas entraîneur... On dit qu'il faut faire de l'éducation civique. Je ne parle pas de l'école primaire mais, quand on commence à être adolescent, on comprend l'enjeu. Ça ferait une double libération : de l'adolescent et du prof. Ce sont des questions. Je ne dis pas que j'ai la solution. En santé mentale, essayer d'être démocrate avec soi-même et articuler en soi un vrai débat entre de multiples dimensionnalités, c'est du boulot. Et puis, l'une des dimensions l'emporte parce qu'elle correspond le mieux à la problématique évoquée ou parce qu'il nous paraît opportun de l'expérimenter à ce moment-là et puis... ça rate, et des fois on change. Mais faire ce débat démocratique avec soi-

même et les autres, échanger sur ce que vous avez à nous dire là-dessus et sur comment nous on compte l'organiser dans la société, je pense que là, ce sont des choses qui font progresser le climat.



Myriam de Spiegelaere

Par rapport à l'enseignement et aux questions des difficultés liées au secteur même, je redis ce que j'ai dit tout à l'heure : je pense vraiment que des pistes, c'est « *comment on s'ouvre ?* » et « *comment on crée le dialogue avec les différents autres intervenants ?* ». Je suis frappée parce qu'on m'a demandé d'intervenir pour la première fois, ça n'arrive pas souvent, à trois niveaux différents au niveau de l'enseignement, auprès de directeurs et d'inspecteurs, parce qu'ils s'interrogeaient sur la précarité sociale, à Bruxelles ça les interpellait dans leur travail et donc ils voulaient avoir une vision un peu en recul par rapport à ça. Finalement, par l'Observatoire de la Santé et du Social on a l'occasion d'intervenir auprès d'intervenants très différents, de professionnels très différents, et je trouve extrêmement enrichissant la vision que chacun a, mais tellement comme un puzzle. Quelque part, c'est tellement dommage que les gens des secteurs ne se parlent pas. Je pense que, du côté de la santé mentale, un obstacle important est celui du langage. Même moi qui suis médecin, quand je suis dans un milieu avec des gens de santé mentale, c'est vrai que je ne comprends pas tout, que le jargon est très très avancé, et qu'on se sent un peu exclu, on se dit : « *qu'est-ce que je pourrais dire, j'ai pas grand-chose à voir avec ce milieu-là, je ne connais pas bien* ». Je pense que du côté de l'ensemble de la société civile, il y a une difficulté avec le langage de la santé mentale. Une première chose, ce serait de parler avec d'autres, rien que pour pouvoir déjà apprendre à parler autrement et apprendre un langage commun.



Françoise Dupuis

Je ne sais pas si je vais terminer en beauté ici... Je réfléchissais tout de même, puisque c'était le sujet de votre journée, à la notion de néo-libéralisme. Pour moi, en tout cas dans le secteur où je suis – et la représentante du Ministre Benoît Cereux a dit des choses un peu similaires –, le problème essentiel c'est la précarité. Le néo-libéralisme en tant que théorie organise la précarité, la flexibilité, le sectionnement, l'incapacité pour les individus de trouver des cohérences ou de se mettre en situation de chercher des cohérences. En d'autres termes, il nous transforme en marchandises. Et on n'est pas malade quand on est une marchandise ! Ce n'est pas tout à fait aussi évident : on peut tout à fait être très acclimaté sans se sentir mal. Dans la théorie du néo-libéralisme, en considérant qu'un certain nombre de méthodes sont des manières d'inoculer de l'opium ou de l'endormissement aux gens, ils ne sont pas malades, ça ne leur pose pas de problèmes.

La question que nous devons nous poser c'est aussi la question des résistances : c'est parce que ça coince qu'on est malade. C'est parce que ça cale quelque part dans le processus qu'on est malade, qu'on ne s'adapte pas, que ça ne marche pas. Le système n'est pas assez néo-libéral... vous suivez ce que je veux dire je pense... il n'est pas *complet*. Il se heurte à nos références. Nous en avons, des références. Donc ça ne marche pas, donc on est malade, donc ça stresse, donc ça pose un certain nombre de problèmes. Il y a cette violence-là. Ce n'est pas la même chose que l'effet mécanique d'un néo-libéralisme pur et dur donc c'est là-dessus qu'on accroche. Je lisais je ne sais plus quel auteur américain – je suis très intéressée par les rares américains qui disent des choses sensées et j'espère qu'il va y en avoir plus maintenant... On explique que les experts du Fonds monétaire international, qui sont effectivement les hérauts de ce néo-libéralisme au sens politique du terme, sortent très peu de leurs chambres d'hôtel quand ils font des recommandations dans des pays pauvres. Ils ne savent pas très bien à qui il font ces recommandations, ni pourquoi et quels effets ça va

avoir. Mais quand on a analysé ça, on a le remède. Le remède, c'est de leur dire : « *eh là ! Sortez un peu, allez voir ce que c'est, testez, dialoguez, répondez, donnez-vous de vrais objectifs avec les gens* ». La méconnaissance, le manque de discours commun, le manque de dialogue sont évidemment un terreau très favorable à ce genre d'évolution. Nous, au moins, puisqu'on a encore des références et des résistances possibles, je pense que c'est les lieux de dialogue qui sont la toute première chose à installer. C'est un peu simple, ce que je dis, mais je crois que sinon on ne peut pas parler de néo-libéralisme.

Parler purement et simplement de néo-libéralisme, c'est parler de choses qui rendent autrement et qui ne sont pas acceptables mais qui ne rendent pas *malades*. Ce qui rend malade, c'est la violence, c'est quelque part parce que ça coince, le coïncage de ne pas avoir de logement ou d'en être évincé. À partir du moment où des solutions sont proposées, quand bien même ces solutions seraient des squats, quand bien même elles seraient difficiles, ça peut contribuer au déblocage...



Jean de Munck

Une chose globale : si cette discussion peut avoir lieu, c'est grâce à l'Autre « lieu », qui porte si bien son nom. Autre « lieu », autre manière de rentrer dans la problématique de la santé mentale que la manière purement médicale ou purement experte, et ça me semble extrêmement important. Il y a beaucoup de choses qui ont été dites mais s'il faut en extraire une idée forte, c'est que les nouvelles inégalités sociales sont probablement la question majeure du champ aujourd'hui. Il y a une nouvelle problématique, une nouvelle question sociale qui ne sera pas solutionnée par les vieux dispositifs. Et les intermédiaires qui sont ici présents ne sont pas simplement des transmetteurs mais des inventeurs de ces nouveaux dispositifs. Je cède la parole au grand organisateur, au Grand Timonier de ce colloque, Charles Burquel.



Charles Burquel

Je ne vais pas reprendre tout un discours, et puis je ne suis pas le grand organisateur ! Effectivement, l'Autre « lieu » fonctionne avec un Conseil d'Administration, une Assemblée générale, des personnes qui soutiennent le projet depuis le début, une sorte de comité d'accompagnement... Il y a toutes les personnes aussi qui ont aidé à la constitution et à la formation des ateliers. Les grands organisateurs, c'est en fait l'équipe de l'Autre « lieu ». Ce sont eux qui ont mis toute leur énergie à faire en sorte que ce congrès se passe de cette façon-ci, que le 25^e anniversaire soit fêté de cette façon-ci. C'est pour ça que je ne me sens pas du tout comme le Grand Timonier, mais comme l'accompagnateur d'un processus qui a été lancé dans le cadre de l'Autre « lieu ». Je voudrais remercier cette équipe qui a, comme je le disais déjà ce matin, eu une cohésion très forte dans le fait de parvenir à monter en événement de ce type-ci, qui est quand même un événement majeur, et je voudrais qu'on les applaudisse... Une fête, ça reste une fête. Il y aura un côté festif, un verre de l'amitié, et plus que ça... Je cède la parole à Yves-Luc Conreur.



Yves-Luc Conreur

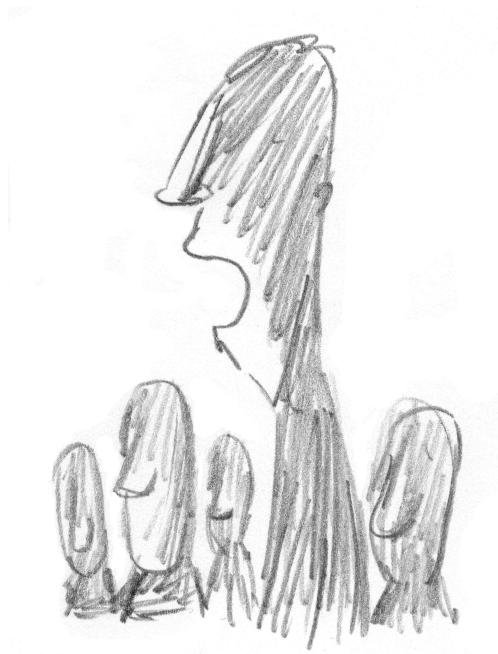
Je vais relire le livre « Faire de la maladie une arme » du Collectif des Patients Socialistes (SPK), un collectif créé au sein de l'unité psychiatrique de la polyclinique d'Heidelberg, soutenu par le psychiatre, écrit en 1972, avec une préface de Jean-Paul Sartre. « Faire de la maladie une arme », à propos de la dialectique maladie/inhibition individuelle et maladie/protestation collective, par rapport à l'organisation de la résistance au capitalisme et au néo-libéralisme, c'est vraiment

un bouquin d'anticipation. La fête de l'Autre « lieu » aura lieu le 18 novembre, un samedi, au Garcia Lorca, rue des Foulons à Bruxelles, à partir de 10h30. Il y aura la présentation d'une vidéo de théâtre-action, *La raison du plus fou*, un diaporama de dessins satiriques, un montage sonore, *Nos différences se ressemblent*, une rencontre avec la culture peule, une palabre autour d'un repas. Ils nous expliqueront un peu leurs modalités d'accueil dans les maisons et leur culture, d'où ils viennent, pourquoi à un moment donné ils ont dû se réfugier ici. Il y aura aussi un concert de Njarass, de Malik Pathé Sow et ça se terminera par une soirée dansante afro-latino jusqu'aux petites heures, tant qu'on ne fera pas trop de bruit sur le trottoir... Je remercie beaucoup nos invités italiens Mario Colucci et Pierangelo Di Vittorio, qui ont fait le voyage de Trieste et de Bari, ainsi que Patrick Coupechoux, qui est déjà reparti et qui nous venait de Paris. Je remercie aussi le comité accompagnateur du colloque, tous les animateurs et rapporteurs des ateliers, les personnes-ressources ainsi que les invités du panel qui ont bien voulu rehausser notre 25^e anniversaire de leur présence. Je vous invite maintenant à partager un petit verre de l'amitié à la cafétéria.



6

**LA PAROLE CITOYENNE EN QUESTION
(ANNEXE)**



LA PAROLE CITOYENNE EN QUESTION

(ANNEXE)

Cette note, rédigée par l'Autre « lieu » en vue d'une réunion préparatoire, a été conçue pour permettre un questionnement sur la manière dont les (ex)usagers en santé mentale vivent la réalité du secteur et de la société qui le construit. Elle est le fruit de réflexions et de réunions organisées avec les (ex)usagers du secteur de la santé mentale en Wallonie et sur la région de Bruxelles-Capitale dans le but de pénétrer notre cadre réflexif. Notre question était la suivante : « *et moi, qu'ai-je envie de dire aux personnes qui travaillent sur les problématiques abordées dans le cadre du Colloque des 25 ans de l'Autre « lieu » ?* » Dans cette perspective, les thèmes des trois ateliers pressentis ont été abordés comme suit :



PSYCHIATRIE, MONDIALISATION NÉO-LIBÉRALE ET BIOPOLITIQUE

Dans quelle pièce joue la psychiatrie ? Quel est le mandat social qu'elle exerce à *l'insu de son plein gré* ? Suis-je satisfait des solutions que me propose la psychiatrie aujourd'hui ? Ai-je l'impression que je ne me débarrasserai jamais de mon étiquette d' « *usager en santé mentale* » ? Suis-je le symptôme d'une société malade ?



NÉO-LIBÉRALISME, PRODUCTION CAPITALISTE ET BANALISATION DE LA SOUFFRANCE

Réalité d'une souffrance devenue banale, engendrée par la production capitaliste et ses pressions (notamment au travail et au non-travail). Malgré les exigences de rentabilité, de compétition et d'excellence qui modèlent des relations engendrant de la souffrance pour ceux qui ne sont pas au top, le travail reste-t-il une valeur importante pour moi ? Pourquoi acceptons-nous de devenir bourreau et victime ? A mon niveau, qu'y puis-je et que faudrait-il faire ?



PSYCHIATRIE DU LIEN SOCIAL

Quelles formes pour une « *institution du mental* », une psychiatrie qui réfléchit sur elle-même et tient compte des appartenances et des dépendances des individus, au-delà des aspects neurobiologiques et psychologiques ? La réponse psy est-elle suffisante pour me faire mieux vivre ? D'autres acteurs doivent-ils intervenir ? Si oui, lesquels ? Des acteurs ne doivent-ils plus intervenir ? Si oui, pourquoi ? La réponse *clé sur porte* à ma souffrance est-elle possible ?

Au terme des différentes discussions et réflexions, quatre grandes préoccupations ont émergé. Celles-ci sont présentées « du point de vue de l'usager » (toutes les occurrences entre guillemets et en italique = les expressions de langage de ceux que l'Autre « lieu » a interrogés) et tentent tout simplement de « *poser question* » :



1. LA CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT

Cette formulation choque. La prévalence du diagnostic sur l'être est déplorée (problème de la stigmatisation par un verdict diagnostique). Le manque d'écoute est clairement pointé lorsque le savoir médical vient scrupuleusement écraser le savoir de l'individu sur son ressenti et sur son corps. Les personnes interrogées ne se sentent pas assez « actrices » de leur processus de reconstruction, ni de la dynamique thérapeutique mise en place avec le soignant / l'équipe de soignants qui les considère comme des « cas ». De plus, les différents projets supportés par la classe politique « *restent* » des initiatives intimement liées aux hôpitaux, dans une optique qu'ils nomment « *sécuritaire* ». Émerge alors la peur de devoir bientôt être obligés de suivre un parcours bien déterminé « *sans plus avoir véritablement le choix* ». Certaines initiatives moins médicales que sociales (partant parfois de maisons médicales ou de services de santé mentale) ne semblent pas assez supportées par les citoyens et les dirigeants gouvernementaux alors même qu'elles apparaissent comme les plus importantes pour les « *usagers* ». Ceux-ci désirent travailler avec des Centres qui les rencontrent très régulièrement (exigence du cas par cas en opposition avec le modèle clé sur porte) et qui mobilisent les ressources existantes afin de les faire bouger dans les différentes structures du secteur qui pourront les intéresser.



2. LIEN SOCIAL ET TRAVAIL

Impression que l'on mêle trop facilement maladie mentale et incapacité de travailler, d'assumer un travail. Le monde du travail stigmatise, culpabilise et exclut ceux qui ne peuvent répondre à des exigences de rentabilité pures et dures ; c'est la raison pour laquelle le monde du travail fait peur : il est « *dangereux* », il semble incompatible avec une certaine fragilité vécue au quotidien. À partir de ce constat, comment faire en sorte que cette fragilité puisse être acceptée comme une valeur ajoutée et plus comme un handicap ? Parallèlement à cette peur du monde du travail, la valeur « travail » reste positive, dans la mesure où elle est condition de possibilité de déstigmatisation : vie professionnelle rime avec indépendance financière, sociabilité et autonomie. S'ils célèbrent ainsi la réinsertion (orientations, formations, etc.) et les modules d'activation par le travail, les « *usagers* » se rendent compte qu'ils n'ont pas véritablement accès à « *un travail normal* » ; le questionnement sur la notion « *d'activité* » elle-même émerge alors à l'horizon. Pourquoi l'activité s'imposerait-elle comme le modèle dominant dans une société qui n'est pas en mesure de donner du travail à tout le monde ? Ne pourrions-nous pas penser moins négativement l'inactivité afin d'en faire un modèle possible de notre société ? Dans la même veine réflexive, le problème du lien social se retrouve au centre des discussions touchant au travail. Intervenants comme usagers sont en recherche de ce lien. Ils évoquent le modèle québécois des « *initiatives par le bas pour et par les usagers* » et proposent plus de groupes d'auto-support ou d'entraide qui les structurent et les aident à mieux vivre « *leur fragilité* ». À travers ces propos, c'est l'isolement qui fait peur alors que beaucoup de choses concourent à sa perpétuation : des démarches administratives lourdes et excluantes (Vierge noire, Mutuelle, CPAS), la difficulté financière à laquelle un

grand nombre d'usagers est confronté... Tout cela participe d'un isolement dit « *individuel* ». Pensons également que, si les groupes d'entraide peuvent briser cet « *isolement individuel* », un autre type d'isolement dit « *de groupe* » pointe vite le bout de son nez. En effet, lorsque les groupes d'auto-support ou d'entraide sont prêts à s'ouvrir vers « *le monde extérieur* », celui-ci n'est pas toujours prompt à leur rendre la pareille. Dès lors, comment faire pour que les différents publics puissent se croiser, se rencontrer ?



3. DÉSTIGMATISATION ACTIVE

Comment ôter l'étiquette d' « *usager en santé mentale* » ? Si la souffrance psychique s'estompe au fil du temps pour disparaître parfois, l'étiquette sociale ne se gomme jamais complètement. Les portes donnant sur le monde extérieur se referment dès qu'une expérience « *en psychiatrie* » est évoquée à un moment donné. Pourtant, au sein des groupes d'entraide et d'auto-support, avec certains « *soignants* » et la plupart des intervenants sociaux, l' « *expérience en psychiatrie* » n'opère plus comme un indicateur social pertinent. C'est que la souffrance psychique fait peur et implique des états qui s'écartent des comportements habituels, « *normaux* ». A cela s'ajoute un mécanisme d'auto-culpabilisation de celui qui ne peut pas se retrouver « *dans la norme* ». Dès lors, un processus géant de déstigmatisation se trouve réclamé, mais celui-ci implique toute une réflexion sur son mode de fonctionnement. Comment sensibiliser à la souffrance psychique aujourd'hui sans inverser la charge des valences ? Comment aborder les représentations sociales de la folie afin de les déconstruire efficacement ? Comment mobiliser les consciences de façon inédite ? Ces questions émergent dans un climat néolibéral qui confine et se protège du fou, tout en évitant de penser l'altérité sur un mode identitaire.



4. INFORMATION

Pour que le passage de l'hôpital vers le « *monde extérieur* » puisse s'effectuer dans les meilleures conditions, « *il faut savoir ce qui existe dehors* ». C'est là le nœud du problème : l'information ne passe pas bien. A un premier niveau d'analyse, elle ne passe pas bien des soignants/intervenants vers les « *usagers* » eux-mêmes. Pour certains, il n'y a même pas d'information du tout ; la sortie de l'hôpital est alors vécue comme un « *abandon* ». L'accès à l'information apparaît d'autant plus crucial qu'il conditionne la liberté du choix de l' « *usager* » à s'orienter vers telle structure plutôt qu'une autre, et à éviter de ce fait un parcours clé sur porte. A un second niveau d'analyse, le manque d'information « *vers l'usager* » découle d'un manque d'information « *transversale* » entre « *professionnels* » du secteur. S'il est clair que ceux-ci ne peuvent pas être au courant de toutes les initiatives existantes, les réseaux semblent cependant volontairement limités. Les collaborations possibles paraissent déterminées par la proximité idéologique des types d'interventions et de soins ; se forment alors « *des mini-réseaux* ». Dès lors, comment faire en sorte que le travail en réseau soit possible ? Comment élargir le réseau lui-même afin de l'axer sur la multidisciplinarité des acteurs ?

Comité accompagnateur :

Mounia Ahammad (Clinique Saint-Jean), Mateo Alaluf (ULB), Charles Burquel (SSM Le Méridien), Yves-Luc Conreur (l'Autre « lieu »), Jean de Munck (UCL), Anne Duchaine (l'Autre « lieu »), Jean-Yves Donnay (UCL), Guy Lebeer (ULB), Jacques Moriau (ULB), Pierre Smet (Le Sas).

Personnes-ressources (préparation des ateliers) :

Mounia Ahammad (Clinique St-Jean), Jacques Brouckaert (délégué syndical, ex British Petroleum Chemical à Feluy), Charles Burquel (SSM Le Méridien), Anne Debaar (Clinique Sanatia), Monique Debauche (Free Clinic), Aurélie Ehx (membre du Collectif Honest House), Pierre Grippa (Maison Médicale de Forest), Christian Marchal (intervenant dans des groupes d'entraide), Francis Martens (Président de l'Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique), Yves Martens (Collectif Solidarité contre l'Exclusion et Plate-forme contre la Chasse aux chômeurs), Thomas Perilleux (UCL), Marianne Prévost (Fédération des Maisons médicales), Nathalie Rigaux (sociologue, FUNDP Namur), Micheline Roelandt (co-fondatrice de l'Autre « lieu »), Florian Ruymen (Frères de SANS), Michèle Schmitt (Maison Médicale de Forest), Pierre Smet (Le Sas), des associations d'usagers (Psytoyens), des groupes d'entraide (La Graine) et l'associatif socio-culturel.

Coordination du colloque :

Yves-Luc Conreur.

Coordination des ateliers :

Aurélié Ehx, Yves-Luc Conreur, Christian Marchal.

Equipe de réalisation (l'Autre « lieu ») :

Yves-Luc Conreur, Véronique Dubois, Anne Duchaine, Aurélié Ehx, Manu Lopez, Christian Marchal, Laurence Mons, Pascale Patris, André Piron, Gregory Truong.

Service Traiteur :

Bouillon de Cultures.

Transcription :

Aurélié Ehx, Christian Marchal, Laurence Mons, An Platteeuw, Gregory Truong.

Correctrices :

Laurence Mons, An Platteeuw.

Mise en page :

stiki.

Dessin de couverture et dessins intérieurs :

stiki, <http://ledessindulundi.site.voila.fr>

Avril 2007, © l'Autre « lieu »



Avec le soutien de la Commission Communautaire Française (Santé et Logement)



et du service de l'Education permanente (Communauté française).

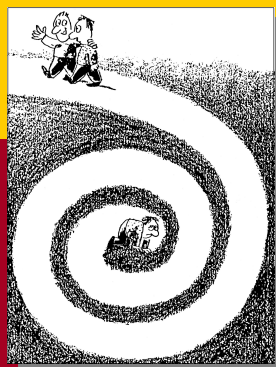
Editeur responsable : Yves-Luc Conreur 61, rue Marie-Thérèse - 1210 Bruxelles.

Les principes justifiant des politiques économiques et sociales néo-libérales ne reconnaissent pas la fragilité inhérente de l'existence face à la faiblesse humaine, aux désirs inguérissables, et aux pertes inévitables.

En phase avec la pression d'un néo-libéralisme violent, se développent aussi bien une *santementalisation* et une *pathologisation* des difficultés de vie et des comportements humains – vite considérés comme des errements, des anomalies, des maladies – qu'une mise au ban, un abandon pur et simple ou une incarcération de certaines personnes qui requièrent des soins psychiques.

Comment résister et avoir prise ensemble sur ce qui tend à s'inscrire comme une fatalité ? A l'époque de la mondialisation néo-libérale et de la biopolitique, quelles fonctions et quels rôles réservés à la psychiatrie et la santé mentale ?

Pour en débattre, à l'occasion de son 25^{ème} anniversaire, l'asbl Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives / L'Autre « lieu », a invité **Mario Colucci**, psychiatre (Département de santé mentale de Trieste) et **Pierangelo Di Vittorio**, philosophe et enseignant (Université de Bari), auteurs de « *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif* » (Erès, juin 2005) ainsi que **Patrick Coupechoux**, journaliste (collabrateur au Monde diplomatique), auteur d'« *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux* » (Seuil, février 2006).



L'Autre "lieu" asbl

Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives (RAPA)

61, Rue Marie - Thérèse - 1210 Bruxelles (métro Madou)

Tél. : 02/230 62 60

Fax. : 02/230 47 62

Email : autrelieu@edpnet.be

www.autrelieu.be