

Mentale

BFSM
numéro 3
04 2004

idées

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

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél : 02 511 55 43
fax : 02 511 52 76

e-mail :
lbfsm@skynet.be

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

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

● ● ● 25 ans de Ligue...Manifestations,
Congrès européen francophone
"Et les enfants..., ça va ?".

● ● ● Dossier thématique
Et les enfants, ça va...?
avec des articles d' Anne Labby, Martine
Vermeulen, Patricia Laloire, Pascale Gustin, et
un article collectif réalisé à l'initiative du S.S.M.
de la Ville de Bruxelles.

● ● ● Echappée..., ENEA, PsyCot
Echos..., Assises de l'Ambulatoire
Fédés tout azimuth, la FEDITO

● ● ● Mental'idées

3 parutions par an - 1300 exemplaires
est une publication de la

● ● ● Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale L.B.F.S.M.

53, rue du Président
1050 Bruxelles

tél: 0032 02 511 55 43 de 9h.00 à 17h.00
fax: 0032 02 511 52 76

e-mail : lbfsm@skynet.be

● ● ● Equipe

Eric Messens,
directeur

Pascal Banzira,
informaticien

Ariane Coppens,
documentaliste

Michèle De Bloudts,
animatrice-coordinatrice

Françoise Herrygers,
animatrice-coordinatrice

Philippe Hoyois,
chercheur

Marie-Dominique Migeotte,
secrétaire

● ● ● Comité de rédaction

[Isabelle Boniver](#), coordinatrice Personnes
âgées, A.S. psychiatr. au S.S.M. Le Wops.

[Gigliola Corato](#), psychologue, responsable
du C.J. du Centre médical Enaden

[Sylvia Di Matteo](#), A.S., directrice de l'I.H.P.
Messidor

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

[Marie-Cécile Henriquet](#), psychologue,
coordinatrice au S.S.M. Le Méridien.

[Françoise Herrygers](#), responsable du
Comité de rédaction.

[Martine Vermeylen](#), psychologue au S.S.M.
Le Sas.

Responsable de publication

[Eric Messens](#), directeur de la L.B.F.S.M.,
psychologue.

Mental' Idées

Information / Insertion

Les articles et annonces peuvent être adres-
sés à la L.B.F.S.M. 53, rue du Président -
1050 Bruxelles, au nom de

[Françoise Herrygers](#), tél: 02 511 55 43

fax: 02 511 52 76

e-mail: herrygers.lbfsm@skynet.be

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

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

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

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

Psychendoc

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

Horaires

Lundi et mardi de 12h.30 à 16h.30

Mercredi de 10h.30 à 15h.30

Libre accès au public et demandes par téléphone

Renseignements: Ariane Coppens,

tél: 02 501 01 20

fax: 02 511 52 76

e-mail: psychendoc.lbfsm@skynet.be

Services

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

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

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

Renseignements: Michèle De Bloudts, 02 511 55 43

e-mail: debloudts.lbfsm@skynet.be

Sommaire

- p. 3 **Editorial**
"Effervescence..." - Eric Messens
- p. 4 **Echos...** Assises de l'Ambulatoire
Santé Social bruxellois
- P. 6 **Groupes et Coordinations
thématiques.** en un coup d'oeil
- p.8 Dernières infos... Nouveau groupe de
travail - pré-annonce
- P. 11 **Echappée**
- p.11 ENEA: programme d'échange européen
p.13 PsyCoT, projet pilote
- P. 16 **Psycendoc**
- P. 18 **25 ans de Ligue...**
- p.18 Programme complet du
Congrès européen francophone
Et les enfants, ça va... ?
- P. 28 **Dossier thématique:**
"Et les enfants, ça va... ?"
- p.28 article introductif d'Anne Labby
- P.30 article collectif
"Une action préventive en Service de
Santé Mentale"
- P.36 article de Martine Vermeylen
"Quand la symbolisation fait défaut"
- P.41 article de Patricia Laloire
"Le secret professionnel partagé:
à quelles conditions ?"
- p.46 article de Pascale Gustin
"L'expérience de la santé mentale au
service de la clinique périnatale à
l'hôpital général"
- p.51 **Fédérations tout azimuth:** LA FEDITO

C'est sans doute le terme qui convient le mieux pour décrire l'atmosphère de cette année de vingt-cinquième anniversaire. Les événements se suivent et ont été, nous l'espérons, à la hauteur des attentes. Le dernier en date, la Journée " **Traversées** " a été, d'après les avis reçus, un moment inédit d'émotion et de témoignage entre générations. A telle enseigne que dans l'après coup, d'aucuns imaginaient des prolongements à la magie de ce moment. Sous quelle forme...? C'est encore en discussion, mais l'histoire est prise au sérieux à la Ligue car elle touche au délicat problème de la transmission qui est plus une question de transfert de désir que de compétence.

Dans l'immédiat, l'agenda nous concentre sur la mi-juin avec l'organisation du Congrès Européen Francophone " **Et les enfants, ça va... ?** ".

Ce numéro de Mental' idées lui est largement consacré, notamment en proposant aux lecteurs un dossier thématique sur la clinique des enfants avec des contributions de plusieurs collègues du secteur.

Le séminaire **Santé mentale/Santé publique** sera lui aussi l'occasion de participer à des rencontres attendues. Une session supplémentaire a été ajoutée au cycle, autour de Pascale Jamouille, et la journée de clôture rassemblera Gilles Bibeau et Didier Fassin.

Ce programme ne doit pas nous faire oublier les grandes questions de fond, actuelles ou futures, sur lesquelles la Ligue et ses différentes instances travaillent. Elles constituent notre calendrier politique proche. Aussi, pour qu'elles restent bien visibles et dans notre mémento de travail, nous vous en rappelons quelques-unes.

L'enjeu électoral de juin prochain et la prochaine législature seront un test de validité du processus des Assises de l'ambulatoire et de notre capacité à contribuer à un programme de politique social-santé concertée en région bruxelloise. Dans cette perspective, il serait cohérent qu'à l'avenir, l'ensemble des secteurs concernés s'organisent en se donnant une personnalité juridique reconnaissable.

A l'échelon fédéral, deux grands sujets réclament toute notre vigilance : les futurs projets de réglementation des métiers de la santé mentale et les suites réservées à l'organisation des réseaux et circuits de soins de santé mentale. La Ligue est déjà impliquée dans les discussions relatives à ces deux questions et veillera à défendre la position partagée de ses membres.

Enfin, et ce sujet couvre tous les autres, notre priorité sera de plus en plus de définir et d'expliquer avec précision quelles sont nos convictions dans le travail, ce qui suppose de faire les choses dans le bon ordre, à savoir de faire entendre d'abord notre conception de l'humain, ensuite nos idées sur les soins qui peuvent lui être utiles, et enfin nos recommandations sur la manière de les organiser.

Eric MESSENS

I n f o s

LBFSM

Toujours disponible à la Ligue...

Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?

Rapport de recherche-action

réalisé par Yves Catuyvels
avec la collation de Luc Van Campenhout
et celle des participants au groupe de travail
Articulation "Santé Mentale/Justice"

pour la Fondation Roi Baudouin - juin 2002

Format A4 - 105 pages - prix coûtant
Renseignements: L.B.F.S.M. tél: 02/511.55.43

Echos...

Assises de l'Ambulatoire Social-Santé Bruxellois

Initiées en septembre 2002, les **Assises de l'Ambulatoire social-santé** sont un **processus partenarial** porté par les Associations et Fédérations des secteurs social-santé Cocof, les membres du Collège compétents impliqués et l'Administration. La **cellule de coordination** occupe le rôle d'**interface** entre ces différents partenaires.

Pour rappel, par le terme **ambulatoire**, nous désignons la volonté de participer à la prise en compte de l'usager dans sa globalité et considéré dans ses liens sociaux (existants ou à favoriser). Les centres d'action sociale globale ; les centres de planning familial ; les services d'aide et les coordinations de soins et de services à domicile ; les services de soins palliatifs et continués ; les services de santé mentale et les initiatives d'habitations protégées ; les services actifs en toxicomanie, les maisons médicales, les services d'accueil téléphonique, etc..., participent à cette démarche. Nous rappelons également que les **dispositifs sociaux et de soins ambulatoires ne peuvent viser la suppression d'une problématique sociale et/ou santé**. Un certain nombre de paramètres ne sont pas directement sous la compé-

tence de l'action sociale et sanitaire. Les professionnels des secteurs social et santé contribuent, dans les limites de leurs capacités, au mieux-être des personnes, à envisager au cas par cas et inscrit dans des liens sociaux qui leur sont propres.

Après une première phase de six mois de travail des deux commissions mises en place, l'une portant sur les réglementations en cours, l'autre sur l'évolution des pratiques, les secteurs santé se sont retrouvés au cours d'une journée de Pré-Assises le 14 mars 2003. Immédiatement après cet événement, les secteurs sociaux ont adhéré au processus et rejoint leurs collègues des secteurs sanitaires, faisant des Assises un processus intersectoriel social-santé étendu à l'ensemble des matières ambulatoires de la CoCof.

Trois thèmes, sélectionnés de commun accord par les partenaires, ont été retenus cette année : **l'évaluation, l'accueil et la transversalité**.

L'événement "Assises 2003" a été l'occasion, les 5 et 6 novembre, de se rencontrer autour de ces trois thèmes, d'échanger nos expériences, de les

confronter à l'évolution de la demande socio-sanitaire.

En matière d'évaluation, d'accueil et de transversalité, une **clarification des différentes notions** et la mise en évidence de dénominateurs communs intra et inter-sectoriel semble opportune.

Il nous apparaît, quelque soit le thème particulier envisagé, que le contenu des ateliers porté par les participants, en ce qui concerne les spécificités et le souhait d'identifier des dénominateurs communs, rejoint ce qui a été énoncé par les membres des commissions de travail social-santé des Assises. **L'importance de préserver pour chaque association, secteur, les spécificités de sa pratique**¹ traverse l'ensemble des thématiques abordées. Nous postulons que ces spécificités font partie de "l'irréductible" **identité des services, secteurs concernés**. A l'instar de ce qui en a été dit, cette diversité participe de la richesse du **paysage ambulatoire bruxellois**.

Il nous semble que cette diversité concorde avec la **volonté d'être accessible à une pluralité d'usagers**, avec le souci d'envisager les **situations au cas par cas et en lien avec la complexification croissante des demandes**.

Le souhait d'identifier en concertation les **zones minimum communes en matière d'évaluation, d'accueil, de travail en réseau** apparaît également de manière prégnante.

Le souhait d'**améliorer et favoriser la circulation d'informations, les occasions de rencontres et le partage d'expériences entre les acteurs de terrain et avec l'administration et le politique** nous semble important à prendre en considération.

Nous rappelons qu'il ne s'agit pas, selon nous, de promouvoir la communication pour la communication ni la communication à tous vents mais une communication qui soit mise au service du sens. Nous postulons que cette dernière ne dépend pas de l'unique volonté des personnes mais **nécessite du temps, des moyens et la mise en place d'éventuels outils structurels**.

La **question des moyens humains et financiers suffisants** est incontournable. Il nous semble intéressant d'envisager la construction d'un **positionnement commun** en la matière. Nous estimons également intéressant de clarifier ce qu'il est possible d'assumer et ce qui ne l'est pas avec les moyens existants.

L'**usager**, absent des gradins, est unanimement pris en compte et mis en lumière. De questions portant sur l'importance de penser la pratique en fonction de l'usager, sur le rôle que pourrait ou non prendre les professionnels du social et de la santé pour le représenter, de leur représentation en leur nom propre au sein du processus en passant par la complexité des demandes, la gestion du risque, l'éthique promue, le souhait d'évaluer leur satisfaction, l'autonomie, etc... autant de thèmes mis en questions et en débat.

Suite au travail préparatoire effectué par les différents partenaires et aux deux jours d'événement, il a été proposé le **projet concret commun** suivant :

Elaboration, structuration et transmission de recommandations issues des Assises 2002-2003 sous forme d'un **cahier de charge auprès de différents lieux de débats** (assemblée parlementaire, conseil consultatif, futurs exécutifs, ...).

A ce jour, les représentants des secteurs social-santé (Fédérations) ont pour objectif de transmettre le **dossier² de synthèse** des assises dans leur secteur respectif afin de déterminer les enjeux prégnants et recommandations prioritaires.

Le 19 mai, les différents partenaires actifs du processus des Assises se réuniront afin de négocier, entériner et finaliser les recommandations, sous forme d'un cahier de charge, du terrain social-santé bruxellois.

Les actes seront disponibles à partir de juin 2004.

Nadège STRADIOTTO

1. mises en place en fonction de la localisation du service, la population, l'évolution des demandes, les moyens existants, les références, l'histoire, etc.

2. réalisés à partir des rapports des rapporteurs, des transcriptions du matériel audio des assises et des documents complémentaires éventuels.

Cellule de coordination,
rue du Président 53, 1050 Bruxelles
N. Stradiotto - Z. van der Haegen
0499/130 481- 02/501 01 25
stradiotto.assises skynet.be
vanderhaegen.assises skynet .be

Groupes et Coordinations thématiques

L'année académique 2003-2004 arrive doucement à sa fin. Les groupes de travail et les Coordinations thématiques se réunissant à la Ligue vont poursuivre leurs travaux jusqu'au mois de juin inclus. Celui-ci est pour beaucoup d'entre eux l'occasion de faire le bilan des rencontres et de programmer, en fonction des souhaits des participants, les axes de réflexion à venir.

Le numéro 4 du Mental'idées, à paraître en septembre, leur sera prioritairement ouvert et vous tiendra au courant des nouveautés pour 2004-2005 : clôture éventuelle de certain(s) groupe(s) et ouverture d'autres, changement d'animateur(s), sujets de débats prévus, méthodologie, accessibilité, récurrence et premières dates de réunion.

En un coup d'oeil...

Groupes thématiques et Coordinations

S.S.M. et Logique de travail ambulatoire

Personnes ressources

Ayache L. - S.S.M. du Serv. Soc. Juif, tél: 02 538 14 44
Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43

Groupe ouvert aux équipes pluridisciplinaires des S.S.M.

Intermèdes Clinique

Personnes ressources

Hubeau B. - Le Prétexte, tél: 02 376 62 74
Maertens Ph. - "Kilomètre 73", tél: 02 556 76 76

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

Pratiques cliniques avec les justiciables

Personnes ressources

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

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

Santé mentale et insertion

Personnes ressources

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

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

Travail communautaire et de réseau en santé mentale

Personnes ressources

Thomas N. et Corral N. - S.S.M. Le Méridien, tél: 02 209 63 91

Groupe largement ouvert aux professionnels travaillant dans le secteur psychosocial

Projets durables en santé mentale avec les pays du Sud

Personnes ressources

Platteau G. - S.S.M. de l'U.L.B. Psycho-Belliard Plaine,
tél: 02 650 59 26
Messens E. - L.B.F.S.M., tél: 02 511 55 43
Burquel Ch. - S.S.M. Le Méridien, tél: 02 218 56 08

Groupe ouvert à toute personne intéressée ayant ou non une expérience spécifique dans le domaine.

Coordination Enfance

Coordinatrice

Labby A. - S.S.M. L'Eté secteur Enfants, Adolescents et Famille tél: 02 526 85 48

Santé Mentale, Logopèdes

Groupe ouvert aux logopèdes des S.S.M. ou d'autres structures parallèles

Santé Mentale, Assistants sociaux

Groupe ouvert aux assistants sociaux des S.S.M.

Santé Mentale, Maltraitance

Groupe ouvert aux professionnels des S.S.M. qui s'occupent de situations cliniques concernant les enfants et leurs familles.

Coordination Adolescence

Coordinateurs

Van Uffel Ch. - S.S.M. de Saint-Gilles - tél: 02 542 58 58,
e-mail: csm.stgilles@swing.be
Dehan B. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L.
tél: 02 764 31 20

Adolescence et aide à la jeunesse

Groupe ouvert aux travailleurs des Services de Santé Mentale et des institutions de l'Aide et de la Protection de la Jeunesse, du résidentiel ou du milieu ouvert, mandatées ou non.

Quel travail avec

les jeunes caractériels?

Groupe ouvert aux travailleurs des I.M.P. et des S.S.M. de la Communauté Wallonie-Bruxelles et du Service Bruxellois Francophone pour la Personne Handicapée, du Service de l'Aide à la Jeunesse, du Service de Protection judiciaire de Bruxelles.

Clinique de l'adolescence et de la prévention

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

Carrefours AdosAdultes (ex-EUROP' Adolescence)

Groupe ouvert aux adolescents et aux professionnels de tous secteurs travaillant avec des adolescents.

Coordinations Enfance et Adolescence

Coordinateurs

Labby A. - S.S.M. L'Eté - tél: 02 526 85 48
Dehan B. - S.S.M. Chapelle-aux-Champs, U.C.L.
tél: 02 764 31 20

Services de Santé Mentale et Services d'Aide à la jeunesse

Groupe limité aux professionnels des S.S.M. et du S.A.J. (conseillers, responsable des délégués et délégués).

Coordination personnes âgées

Coordinatrice

Boniver I. - S.S.M. Le Wops - tél: 02 762 97 20
e-mail: isabelleboniver@hotmail.com

Personnes âgées, santé mentale et politique

Co-animatrice

Castiau G. - S.S.M. de l'U.L.B. Psycho-Belliard Plaine
tél: 02 650 59 26

Groupe ouvert aux travailleurs psycho-sociaux des S.S.M. bruxellois.

Personnes âgées, santé mentale et clinique

Groupe ouvert à tous les professionnels (psychologues, assistants sociaux, psychiatres, ergothérapeutes, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, éducateurs,...) travaillant avec la personne âgée dans ses divers lieux de vie et de soins.

Groupe Formateurs

Groupe accessible uniquement aux formateurs issus du champ de la santé mentale qui ont fait offre de candidature.

Coordination des Urgences

Coordinateurs

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

Dr. Dubois V. - Services des Urgences, Unité de Crise et d'Urgences psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc
tél: 02 764 21 21 - bip 2145

Stradiotto N. - Services des Urgences, Unité de Crise et d'Urgences psychiatriques U.C.L./Clinique St.-Luc et L.B.F.S.M.
tél: 0499 130 481

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

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

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

Contact

Hoyois Ph. - tél: 02 511 55 43

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

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

Coordination UCL/St.-Luc, Intersecteur Bruxelles Sud-Est

Contacts

Dr. Dubois V. - tél: 02 764 21 21 - bip 2145
Stradiotto N. - tél: 0499 130 481

Groupe ouvert aux équipes pluridisciplinaires des S.S.M. et à toutes équipes ambulatoires et hospitalières en question par rapport à des situations de crises et d'urgences.

Coordination

Service de Santé Mentale ULB

Contact

Dr. Matot J.-P. - tél: 02 650 59 26

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

1. Etude des demandes urgentes adressées au

Centre de Guidance du S.S.M.-U.L.B. et mise en place d'une collaboration avec le Service des Urgences du C.H.U. de St. Pierre en lien avec d'autres S.S.M. voisins.

Contact: Dr. Cloutour L. - tél: 02 503 15 56

2 Poursuite de la recherche-action EOLE

Contacts: Dr. Matot J.P. - tél: 02 650 59 26 ; Montag D. et Nyssen S. - tél: 02 223 75 52

Coordination Santé Mentale et Précarités

Coordinateur

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

Précarités, exclusion et clinique

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

Bibliographie

"Santé mentale et Pauvretés"

La remise à jour de la bibliographie "Santé mentale et Pauvretés" est en cours...

Les personnes intéressées par ce travail sont invitées à prendre contact avec le coordinateur (Dr. Luc Colinet, S.S.M. Le Méridien 02 218 56 08)

Dernières infos,...

Pré-annonce A partir d'octobre 2004...

Un nouveau groupe de travail

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

Personnes ressources

Françoise DAUNE - C.H.U. Bordet - 02/541.33.22.

Anouk FLAUSCH - Service de Santé Mentale du Tournaisis - 069/22.05.13.

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

Les axes de travail seront à définir avec les participants du groupe, en fonction des intérêts de chacun.

Des clés de réflexion pourraient être :

- cadre et travail psychothérapeutique
- temps et travail psychothérapeutique
- corps et travail psychothérapeutique, etc...

Nous proposons un travail autour de vignettes cliniques apportées par les participants. Des lectures de textes théoriques seraient éventuellement proposées, et ce, en lien avec le travail clinique.

Le groupe se déroulerait au rythme d'une fois toutes les 6 semaines, de 9h.00 à 11h.00, à la L.B.F.S.M., à partir du mois d'octobre 2004. Le jour est encore à déterminer.



Pratique clinique avec des patients atteints de maladie à pronostic létal

Apprendre que l'on est atteint d'une maladie à pronostic létal est un événement exceptionnel dans la vie de tout individu.

Cette nouvelle va toucher ces personnes dans leur vie psychique mais aussi dans leur identité somatique.

Deux histoires s'enchevêtrent alors et ce, jusqu'à la mort.

Une histoire corporelle jalonnée de traitements et de leurs effets secondaires, d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales... le corps malade prenant, selon les moments, une place plus ou moins envahissante.

Mais aussi, une histoire psychique singulière qui, elle aussi, selon les différents temps de la maladie va être au second plan ou se déployer.

Cet événement prend souvent valeur d'effraction traumatique, déstabilisant plus ou moins durablement l'équilibre psychique antérieur du sujet et ce, selon son fonctionnement mental habituel, son histoire passée et la qualité de son environnement actuel.

Entendre l'annonce d'un diagnostic, vivre l'évolution de la maladie mais aussi ses temps de rémission, sentir l'approche de la mort, vont être des

moments où la réalité du corps malade du patient va prendre une place prépondérante.

Nous avons appris à expérimenter nos capacités à utiliser ce corps, nous avons appris à le maîtriser progressivement et ce, depuis notre naissance, au travers de notre relation à notre mère. La lente acquisition de cette unité psychosomatique, base du sentiment d'identité, demande qu'on ait la conviction de vivre à l'intérieur de notre enveloppe charnelle et la certitude que notre corps et notre soi sont indissociables.

Quand le corps est malade, cette maîtrise chèrement acquise apparaît alors comme partielle et non définitive.

Il va falloir apprivoiser ce corps douloureux, affaibli, limité.

Ainsi ce corps qui, le plus souvent, dans un travail psychothérapeutique, est à l'arrière-plan - voire absent - prend ici une place essentielle. Le mode de vie des patients va, à certains moments, devoir s'organiser autour de leurs rendez-vous médicaux, traitements, hospitalisations, bouleversant ainsi leur cadre temporel et spatial.

Ces changements risquent d'avoir des effets sur le cadre-même du travail thérapeutique lors d'absences plus ou moins longues du patient, pour raisons médicales.

De plus, ce corps malade va éventuellement donner à voir certains signes pouvant soulever non seulement des inquiétudes et des mouvements contre-transférentiels chez le thérapeute mais aussi des questions éthiques et techniques quant à la manière de les penser et à l'opportunité de les interpréter.

Enfin, ces patients au corps malade sont face à un thérapeute au corps sain.

Le champ thérapeutique n'est-il pas, dès lors, fortement teinté de mouvements de haine, d'envie, d'agressivité mais aussi de culpabilité, de désirs de réparation, de toute-puissance... ?

Ne s'agit-il pas, dès lors, d'un travail de funambule puisque nos réflexions et nos interprétations oscillent entre la prise en compte nécessaire d'une réalité externe physique et/ou d'une réalité psychique, du corps réel et/ou du corps imaginaire ?

Dès l'annonce du diagnostic, mais aussi tout au long de l'évolution de la maladie, de ses temps de rémission, à l'approche de la mort, le temps va prendre une autre dimension.

Comme le dit Freud : « Personne, au fond, ne croit

à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun est persuadé de sa propre immortalité... »

L'être humain se comporte donc comme s'il était immortel et tient à distance l'insoutenable pensée de sa mort.

Mais, pour le patient atteint de maladie à pronostic létal, le temps se raccourcit brutalement, à l'annonce du diagnostic. Et si, à la longue, ce temps venait à s'étirer, la durée de cette limitation n'en reste pas moins incertaine.

Or, le cadre thérapeutique habituel est sous-tendu par une règle implicite, à savoir que le temps n'est compté ni pour le patient ni pour le thérapeute.

En principe, le travail mis en place pourra se dérouler sans qu'une limite ne soit à priori envisagée, ceci ouvrant le champ au déploiement d'une relation thérapeutique.

Ce cadre temporel aléatoire ne va-t-il pas entraver l'émergence d'un espace de pensée et ainsi le développement d'un espace transitionnel permettant une création commune ?

L'annonce d'un diagnostic de maladie grave a ainsi des effets traumatiques : perte d'une maîtrise sur son corps, voire sur son autonomie physique mais aussi perte de l'illusion d'une immortalité, temps de vie compté.

Approcher la maladie, la dégradation physique, la mort...

Éprouver, voir, entendre la terrible souffrance de l'autre et ce, au risque d'être déstabilisé... Tenter de penser l'impensable, de supporter l'insupportable, de questionner les certitudes... Tout cela rend le travail du thérapeute, particulièrement sollicitant.

De plus, outre les effets de la maladie grave sur le patient et sur la relation patient-thérapeute, nous sommes amenés à rencontrer conjoints, famille et amis qui sont, eux-même, bouleversés dans leurs relations à cet être proche et malade. Un entourage familial et social sollicité dès l'annonce du diagnostic, moment où chacun est renvoyé à son histoire personnelle, à celle du couple, de la famille, ou à l'amitié qui les unit.

Les différents temps de la maladie et leurs répercussions vont avoir de multiples effets sur les uns et les autres, les laissant parfois démunis, provoquant des malentendus et/ou des rapprochements, les obligeant à s'organiser entre eux. La complexité de ces répercussions va les

contraindre à rechercher un nouvel équilibre dont chacun gardera des traces,... traces que chacun devra ensuite inscrire dans son histoire.

Ces moments, où la perspective de la réalité de la mort va dénouer les liens tissés au fil des années, vont imposer, à l'entourage, de penser sa vie future sans la présence de l'être cher.

Dans ce contexte, prendre un temps pour entendre leur souffrance, la reconnaître, la légitimer, s'avère nécessaire et ce, sans dévoiler le contenu de ce que le patient, lui-même, nous livre.

Effectuer un travail psychothérapeutique avec une personne de la famille, lorsqu'on ne suit pas le patient, peut aussi s'avérer être opportun.

Quand il s'agit d'enfants atteints de maladie à risque d'évolution fatale, l'entourage est soumis à l'indicible, à l'inacceptable. Cependant, l'enfant souffre, est physiquement et psychologiquement fragilisé, confronté à la fois à la peur de la mort que les adultes véhiculent et au risque qu'il coure lui-même. Il craint l'exclusion, la solitude, la perte de l'amour de ses parents, il se sent coupable et désire réparer le dommage que subit l'adulte à cause de sa maladie, des soucis qu'il leur impose, des soins et dépenses que cela suppose. Le suivi psychothérapeutique de ces enfants peut aussi s'avérer nécessaire.

Enfin, le travail des soignants avec ce type de patients génère une souffrance que les psychothérapeutes travaillant à l'hôpital, sont amenés à prendre en compte.

Les patients interpellent les soignants dans leur identité professionnelle, leur idéal des soins et leurs limites, les interrogent dans leur désir de réparation, les confrontent à l'impuissance et à leur propre mort, les amènent à s'identifier ou à retrouver dans le patient, une sœur, un père, une fille.

Cette souffrance peut ainsi infiltrer le bon déroulement des soins ainsi que l'équilibre psychique, voire physique, du soignant.

Etre à leur écoute pose aussi la question de ce qui peut ou non leur être transmis de ce que le patient nous dit.

Ayant toutes deux l'expérience du travail à l'hôpital et en ambulatoire avec des patients atteints de maladie grave, voire au pronostic sombre, nous réfléchissons ensemble, depuis plusieurs années sur ce thème et avons eu le désir de partager et penser avec les participants de ce groupe à toutes ces questions au départ de situations cliniques amenées par chacun des membres du groupe.

Anouk FLAUSCH,
psychologue, psychothérapeute analytique.

Françoise DAUNE,
psychothérapeute analytique.

Info / Annonce

Le S.S.M. et le C.A.S.G.
du Service Social Juif
organisent conjointement avec
le S.S.M.
de Molenbeek-Saint-Jean

Un cycle de films

Image de la personne âgée au cinéma

Il y a autant de façons de vieillir que de façons de vivre... toutes particulières, singulières.

Le cinéma nous en raconte quelques-unes... Nous avons choisi de manière arbitraire suivant nos coups de cœur.

Programme du cycle

Le 21 mai 2004	« Ginger & Fred »
Le 18 juin 2004	« Une histoire vraie »
Le 17 septembre 2004	« Pauline & Paulette »
Le 22 octobre 2004	« Tout va bien, on s'en va »
Le 19 novembre 2004	« Buena Vista Social Club »

Chacun de ces «vieux», chacune de ces «vieilles» arrivent au dernier tome du livre de sa vie avec une valise bien pleine... soit ils l'ont toujours gardée plus ou moins entr'ouverte, soit ils osent enfin l'ouvrir...

Palette aux multiples couleurs tel un kaléidoscope, la vieillesse est à inventer... mais aussi... quand commence ce qu'il est convenu d'appeler vieillesse ? à 30 ans ? à 50 ans ? à 70 ans ? à 90 ans ?... À chacun sa réponse.

Renseignements :

02/538.81.80 : Régina Goldfarb ou Vincent De Mulder
02/410.01.95 : Sébastien Servranckx ou Martine Jossart

Echappée...

ENEAA

Programme d'échange européen pour les 50 ans et plus

Le programme ENEA est, en Belgique, encadré et organisé par SERVICE EUROPE AÎNÉS (S.E.A.) via Isabelle Boniver qui en est la responsable ainsi que la Coordinatrice "Personnes âgées" à la Ligue. C'est en raison de ce lien privilégié que nous relayons l'information concernant ce programme à la fois novateur et socialement mobilisateur.

Depuis 1993 et l'année européenne de la solidarité intergénérationnelle, l'Union Européenne a intégré les personnes âgées dans sa politique et ses initiatives, en essayant de répondre aux conséquences socio-économique du vieillissement de la population européenne, et en promouvant l'inclusion sociale de tous les citoyens européens.

Suivant cette approche, en 2003, la Commission Européenne - via la Direction Générale pour l'emploi et les affaires sociales - a alloué 3,5 millions d'euros au financement de projets sur la mobilité des personnes âgées, le programme ENEA.

Le programme Enea de la Commission Européenne

Le programme ENEA a été lancé suite à l'initiative du Parlement Européen d'inclure une nouvelle ligne dans le budget 2003 : projet-pilote ENEA sur la mobilité des personnes âgées, pour promouvoir le fait que les personnes âgées sont une ressource pour la société et ont un rôle dynamique à y jouer. Sous ENEA, les projets pilotes qui sont financés ont pour but de tester la faisabilité et l'utilité de la mise en place de programmes d'échanges européens pour les personnes âgées. A la fin du programme, la Commission évaluera la possibilité d'établir de tels programmes sur base des connaissances et de l'expérience rassemblées par les différents projets.

Le but principal est de permettre aux personnes concernées d'acquérir de nouvelles compétences (y compris linguistique), d'utiliser les connaissances de tous et de partager l'expérience acquise, quelle que soit la situation financière ou sociale des personnes impliquées.

www.ageandmobility.net

Pourquoi pas un Erasmus pour les personnes âgées?

Depuis décembre 2003 (et jusqu'en novembre 2004), AGE, la Plate-forme européenne des Personnes Agées et ses partenaires sont engagés dans un projet intitulé :
" Age et mobilité : valeur ajoutée et validité d'un programme transnational européen pour les plus de 50 ans ".

Basé sur leur dialogue avec les personnes âgées et les organisations de personnes âgées en Europe, les partenaires ont développé un projet qui cherche à répondre aux besoins et aux désirs des aînés de participer à la société et à la construction européenne.

Le projet cherche à savoir si un programme d'échange européen pour les personnes âgées de plus de 50 ans peut être utile...
Quelle valeur ajoutée pourrait-il apporter? Comment pourrait-il aider l'U.E. et les Etats Membres à atteindre leurs objectifs en terme d'inclusion sociale et de meilleure participation des citoyens de tous âges?

Il devrait démontrer le bénéfice d'un programme d'échange à long terme pour les aînés et pour l'ensemble de la société, en donnant la possibilité de mieux intégrer les citoyens âgés et de reconnaître les ressources qu'ils offrent à la société.

Faire entendre la voix des personnes âgées

Tout au long du projet, la participation active des personnes âgées sera plus que nécessaire : les recommandations qui seront proposées à l'issue du projet viendront directement de leur analyse et de leur évaluation de l'échange qu'elles auront vécu.



Après l'échange à l'étranger, les participants seront toujours engagés dans le projet par l'évaluation de l'expérience acquise et de son utilité. Ils seront réellement les acteurs du projet.

Ces échanges, coordonnés par les partenaires au niveau national, permettront d'identifier les acteurs-clés dans la mise en place d'un tel programme, comme les universités classiques et celles du troisième âge, les autorités publiques et les services municipaux, les organisations non gouvernementales et les organisations de/pour personnes âgées et retraitées.

Un vrai projet de recherche, pas juste du tourisme

Dans cette optique, le projet veut démontrer qu'il est possible de refuser la vision traditionnelle que l'on a des personnes âgées comme simple consommateurs d'activités de loisirs. Plus que d'un échange touristique, il s'agit de proposer toute une gamme d'activités visant à partager de l'expérience et de permettre d'initier une réflexion sur les besoins des personnes âgées.

Concrètement, 5 séminaires courts (pas plus de 10 jours) seront organisés dans 5 pays européens (Belgique, Allemagne, Irlande, Italie, et Pays-Bas). Chacun des programmes abordera les thèmes de la mobilité et du transport, de la culture et de son accès, de la citoyenneté, du 4^{ème} âge/dépendance. Les thèmes seront développés sous forme de séminaires, échanges et débats, réunions avec des organisations et des volontaires âgés, de visites et de la participation à différents événements, qui permettront de s'interroger sur les barrières à la participation et à la mobilité des personnes âgées, et sur la façon d'inclure dans de tel programme les personnes les plus isolées.

Profil des participants

Avec ce projet, AGE et ses partenaires veulent être aussi ouvert que possible. La participation de personnes âgées handicapées, de personnes âgées d'origines différentes, ou de personnes âgées ayant de faibles revenus est encouragée. Le but du projet est en effet de trouver de nouvelles opportunités d'intégration et d'échanges, et non de créer de nouvelles activités pour ceux qui ont déjà l'habitude de voyager. Quel que soit leur passé, les participants devront démontrer un

intérêt certain pour la participation politique et les initiatives de lutte contre l'exclusion sociale.

La participation à ce projet ne se traduit pas uniquement par la participation aux séminaires à l'étranger. L'aide de volontaires au niveau national, pour accueillir les participants venant de l'étranger, ou pour fournir de l'interprétation sera plus que nécessaire. Les événements organisés au niveau national seront ouverts à tous.

Le futur d'Age et Mobilité

Tous les partenaires espèrent que ce projet ne constitue qu'une première phase, et que l'expérience pourra être étendue à d'autres pays européens et pays dans le futur.

Une fois les recommandations rédigées, les personnes âgées, les volontaires et les participants devront activement promouvoir ce programme qu'ils auront eux-mêmes construit.

Calendrier du projet

Lieux	Dates
- Belgique	du 24 au 31 Mars 2004
- Irlande	du 16 au 23 Avril 2004
- Italie	du 17 au 23 Mai 2004
- Pays-Bas	du 16 au 23 Septembre 2004
- Allemagne	du 2 au 9 Octobre 2004

Pour tout renseignement, contacter
Isabelle Boniver, Coordinatrice "Personnes âgées":
 GSM 0486 15 87 88
 E-mail iboniver@no-log.org

Une évaluation substantielle de ce programme d'échanges pour les plus de 50 ans ainsi que ses perspectives belges et européennes vous seront proposées dans un prochain numéro du Mental'idées

- European coordinator: AGE
Felix Nicolai et Phoebe Kamugwiza
- Belgium coordinator: SEA
Isabelle Boniver
- German coordinator : BAGSO
Elke Tippelman et Monika Manske
- Irish coordinator: IRISH SENIOR CITIZENS
Michael O'Halloran
- Italian Coordinator: ANCESCAO
Elio D'Orazio
- Dutch coordinator: NPOE
Tatiana van Lier

Antonin Artaud PsyCoT projet pilote

Psychiatrie Coordination de Terrain / Psychiatrische Coordinatie Thuiszorg

Analyse d'un de ses outils : la coordination

Echappée...

Avril 2002, le Centre de Santé Mentale Antonin Artaud se lance dans l'aventure PsyCoT " projet pilote " qui met la coordination au service des personnes présentant des troubles psychiques. Une initiative sous le signe du défi ! Dès sa naissance, PsyCoT est un funambule sur un fil de tradition qui se permet la nouveauté. Parce qu'il plonge ses racines dans une perspective ancienne et essentielle du secteur ambulatoire de la santé mentale : aider les personnes qui souffrent psychiquement de telle sorte qu'elles puissent vivre dans la communauté, et, parce qu'il revisite cette perspective et propose un angle d'approche décalé.

Avec pour but de favoriser le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiatriques persistants, PsyCoT choisit entre autre la coordination comme moyen d'action. Soucieuse de penser sa pratique, l'équipe de PsyCoT a organisé, le 23 octobre 2003, un symposium ayant pour thème " Soins Psychiatriques à domicile ". Nous espérons ici rendre compte des apports de cette journée placée sous le signe de l'ambulatoire.

La coordination : un outil au service des personnes

Né des expériences et des réflexions du Centre de Santé Mentale Antonin Artaud, PsyCoT s'engage dans une optique supplétive par rapport aux aides offertes, puisqu'il se veut "amplificateur de collaboration".

A cette fin, il développe comme outil principal : les réunions de coordination.

Rencontres "en présence" de toutes les personnes concernées par une même situation : patient, intervenants professionnels (aide familiale, gestionnaire de biens, médecin traitant, psychologue, aide ménagère, psychiatre,...) et, les aidants naturels (pharmacien, voisin, concierge, famille,...). Rencontres formalisées.

Rencontres répétées pour assurer la continuité. Cette simplicité apparente ne fait pas l'impasse de la réflexion.

Entre combat contre le morcellement et respect de la liberté

Tout d'abord, penchons-nous sur le sens même de la coordination telle que PsyCoT l'envisage et

sur ses indications. La réalité bruxelloise offre le spectacle d'un branle-bas de combat d'aides multiples et différenciées. Saluons le foisonnement de richesses, le souci d'apporter des réponses spécialisées à des questions pointues, mais osons nommer son revers : le morcellement. Et ce morcellement a parfois pour conséquence une certaine confusion dans les soins, une absence de continuité, voire un manque de cohérence ou un double-emploi au niveau des intervenants, ces situations pouvant être vécues comme difficiles tant par les professionnels que par les patients. Dans ces cas de figure, rétablir des liens nous semble indispensable.

Néanmoins, il existe d'autres cas où la profusion des services concernés correspond à un choix du patient où, dans l'espace d'assistance qui lui est imparti, le patient s'invente une liberté et se réapproprie les prérogatives de l'homo consummatus : "faire son marché et comparer".

Il apparaît donc primordial d'évaluer au cas par cas l'intérêt d'une coordination en s'appesantissant sur les potentialités thérapeutiques et le respect de la liberté, avec pour toile de fond l'accord préalable du patient.

13
page

n°3

Mental



Ensuite, l'outil lui-même, dans son utilisation pratique, est source de questionnements. En effet, les groupes hétérogènes que sont les réunions de coordination ne cessent d'interroger. Quid de la légitimité du groupe de coordination ? Quid de son fonctionnement interne, du rôle et de la place des participants ? Quid du partage des informations et de la déontologie ?

Lors du Symposium organisé par **PsyCoT** le 23 octobre 2003, les orateurs invités nous ont offert tantôt un cadre conceptuel pour ces thèmes tantôt leurs expériences et opinions. Ainsi, Marcel Jaeger nous a parlé de "l'articulation du médical et du social", Margarita Sanchez a traité de "la coordination en situation : asymétrie, influence sociale, enjeux sensible", Peter Van Breuseghem a abordé la question de la place du médecin généraliste dans la coordination des soins à domicile pour les patients psychiatriques et Micheline Roelandt a réfléchi sur les aspects éthiques et déontologiques de la coordination des soins psychiatriques à domicile. Les lignes qui suivent ne sont pas un résumé de leurs interventions respectives. Il s'agit davantage de faire part des réflexions menées par l'équipe de **PsyCoT** articulant pratique et théorie.

Légitimité du groupe de coordination

Le statut du groupe de coordination est intimement lié à sa fonction. Or, celle-ci est de prendre des décisions consensuelles sur un problème précis posé par la situation. La légitimité du groupe de coordination relève alors du crédit que les acteurs en présence lui attribuent. A ce propos, Marcel Jaeger soutient que la coordination nécessite un certain niveau de formalisation des rencontres. Un des objectifs de départ de **PsyCoT** est de travailler avec les différents intervenants de manière à ce que cette légitimité s'installe au fil des réunions.

Dynamique interne du groupe de coordination

L'exposé de M. Sanchez lors du symposium nous aide à penser la dynamique interne du groupe de coordination.

Elle définit ce groupe comme étant un groupe

hétérogène et, défend l'idée que l'hétérogénéité d'un tel groupe en fait sa richesse.

Lors de réunions de coordination, se pose la question de la compétence de chacun des intervenants. Nous parlons ici de la compétence d'une personne en fonction de la tâche que le groupe s'est consensuellement assignée. Le terme compétence n'est donc certainement pas utilisé dans le sens d'une compétence objective sanctionnée par un diplôme, mais il renvoie davantage à la nature de la tâche du groupe de coordination.

Ainsi, si la finalité du groupe de coordination est d'obtenir un consensus afin de pouvoir prendre des décisions, les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce consensus sont avant tout de favoriser un conflit centré sur l'objet de la réunion plutôt que sur l'identité des différents intervenants.

Le rôle de **PsyCoT** est donc de se faire garant, au sein du groupe de coordination, d'une vision large de la compétence du groupe, d'une compétence partielle de chacun des intervenants présents, tout en étant attentif aux enjeux relationnels afin de centrer la coordination autour de l'enjeu épistémique : la situation du patient.

Et d'ailleurs, n'est-ce pas en soi thérapeutique, pour le patient, de voir que les intervenants peuvent ne pas être d'accord et cependant construire un projet commun ?

En somme, le droit à la différence et le devoir de l'affirmer, intention de tolérance, de complémentarité non concurrentielle.

Le registre de la concrétisation a parfois du mal à s'y coller.

La place du médecin traitant

Comme l'affirme le docteur Van Breuseghem, les médecins traitants occupent une place importante au sein du réseau de soins, et ce, du fait de leur spécificité.

Néanmoins, cette importance dans le réseau n'existe parfois qu'en puissance, la mise en acte de la collaboration rencontrant certains écueils. Le manque de temps est fréquemment invoqué, mais supputons que les difficultés de circonscription de l'univers relativement flou de la folie ne sont pas étrangères à l'affaire.

Et supputons plus loin que dans certains cas, le conflit d'intérêts couve entre généralistes menacés par les spécialistes et spécialistes se souvenant encore du combat pour légitimer leur spécialisation.

Or, si nous supputons juste, n'est-il pas nécessaire de se rencontrer et de mettre à découvert les enjeux sous-jacents, en préalable à l'instauration d'une complémentarité placée sous le signe du dialogue, plutôt que celui de la confrontation ?

Centralité du patient et de sa problématique.

Rôle du référent

Dès ses premiers pas, un des principes de base de PsyCoT est la centralité du patient. Entendons par là que la problématique du patient doit rester au centre des préoccupations de la coordination. De plus, le patient étant généralement présent aux réunions de coordination, il est également acteur et partie prenante des décisions que le groupe est amené à prendre.

Cependant, dans la réalité, cet idéal participatif se heurte parfois aux difficultés éventuelles pour les intervenants d'utiliser un vocabulaire compréhensible par tous ou de parler devant le patient. Et, pour le patient, être au centre de la discussion ou prendre part à une discussion "verbale" n'est pas toujours possible.

Dans ce cadre, une personne de référence peut avoir une place particulière dans la coordination.

PsyCoT définit actuellement le référent comme l'intervenant qui est le plus proche du patient en terme de relation.

Le secret professionnel

Une autre question se pose : "Que peut-on partager ? Que doit-on garder secret ?" Il est certain que la collaboration entre professionnels appartenants à des institutions différentes complexifie la notion du partage d'information. A ce sujet, M. Roelandt nous rappelle que le rôle premier du secret professionnel est de protéger le patient. Et, dès lors, le partage trouve son fondement dans le souci d'aider la personne. Néanmoins, cela ne délie pas pour autant le détenteur du secret (et ce même avec l'accord du patient).

Chacun doit en son âme et conscience décider de ce qu'il est nécessaire de dire ou pas.

La question est dans le camp des intervenants.

Pour le Centre de Santé Mentale
Antonin Artaud,

Marianne GIELEN,
assistante sociale - licenciée en travail social

Marie VUIDAR,
psychologue

mars 2004

Centre de Santé Mentale Antonin Artaud
10, rue du Grand Hospice - 1000 Bruxelles
02/ 218.33.76.

Journée d'étude du FOYER DE L'EQUIPE

« Symptôme et lien social »

A l'occasion des quarante ans d'existence du Foyer de l'Equipe et afin de saluer le parcours au sein de notre institution et dans le champ plus général de la pratique institutionnelle, de notre collègue et responsable sociothérapeutique Alfredo Zenoni, l'équipe du Foyer organise une journée d'étude en date du 18 septembre 2004.

Au cours de cette journée, nous proposons de mettre au travail l'articulation des termes « Symptôme et lien social », tenant compte du fait qu'ils sont utilisés avec des sens souvent très différents, voire opposés, selon les lieux ou les discours (médical, social ou psychologique) qui se les approprient.

Sept institutions prendront part à une conversation sur ce thème, préparée par la lecture de textes communiqués à l'avance : le Courtil jeunes-adultes, le Canevas, le Centre Hospitalier Jean Titeca, le centre médical ENADEN, le centre de jour de Fond' Roy, le WOPS de nuit, le Wolvendael et le Foyer.

LIEU : Maison des Associations Internationales, rue Washington 40 à 1050 Ixelles.

DATE : le samedi 18 septembre 2004 de 8h45 à 18h30.

INSCRIPTIONS : <http://equipe.lesiteweb.be>, Attention : nombre d'inscriptions limité.

RENSEIGNEMENTS : Contactez Shirley Matorin ou Maria Fernandez au 02/521.02.44.

Psycendoc

Voici déjà 7 mois que le Centre de Documentation a rouvert ses portes répondant ainsi à une réelle demande auprès des *professionnels de la santé, des étudiants*, ainsi que des *membres* de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

En rendant à nouveau accessible au public son fonds documentaire unique, Psycendoc participe activement à la *promotion de la Santé Mentale*.

Les premiers lecteurs ont ainsi retrouvé l'accès à ce précieux outil d'information ...

En tant que nouvelle documentaliste engagée, la tâche d'Ariane Coppens a donc été de reprendre en main la gestion du PSYCENDOC fermé depuis 1998, suite à la cessation d'activité de la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale (C.F.L.S.M.).

Tout le fonds documentaire de Psycendoc, service de la C.F.L.S.M. a été cédé par convention à la L.B.F.S.M. Celle-ci s'est alors engagée à rouvrir le Centre de documentation dès que les moyens le permettraient.

Psycendoc au jour le jour !

- Actuellement, le service répond déjà à de nombreuses demandes de recherche: 140 répertoriées à ce jour...

Il s'agit de demandes de personnes se rendant sur place ou de questions par téléphone, par courrier ou via Internet sur des sujets aussi divers que l'enfance, l'entretien infirmier, les psychothérapies, l'art comme thérapie, le milieu carcéral, les troubles des conduites alimentaires, l'adolescence, les pathologies, l'alcoolisme, les IHP, les problèmes psychosomatiques, les personnes âgées, le suicide, le transfert.

- Récolte quotidienne des desiderata des lecteurs pour rendre le centre tout à la fois *pratique, performant et convivial*.

- Dépouillement de *nouvelles revues* dès leur parution (tables de matière disponibles selon la revue désirée).

Nos objectifs à moyen et à long terme

Un des objectifs prioritaire est bien évidemment, *l'informatisation*.

Celle-ci se fait progressivement au moyen du logiciel File Maker Pro en commençant par les références les plus récentes.

Un ordinateur a été installé dans la salle de lecture afin de permettre aux lecteurs de faire leurs recherches de façon plus autonome, ceci n'excluant nullement une aide à la recherche de notre part.

Parmi les préoccupations futures figure également la *mise à jour de nos 100 dossiers thématiques* plus

particulièrement destinés au grand public.

Récemment, le Psycendoc a été intégré au sein du *réseau des 30 grands Centres de documentation Santé Bruxellois*. (pour prendre connaissance de ceux-ci, un répertoire-papier est disponible au Psycendoc et le site Internet <http://www.rbdsanté.be> les recense chacun sous forme de fiche).

Dans le même esprit et à une échelle supérieure, le service a en projet une mise en réseau avec la Bibliothèque de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale (Namur) et la Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (Gand).

Psycendoc fait partie du fonds documentaire du Centre de Documentation Santé-Bruxelles, asbl dont la L.B.F.S.M. a été co-fondatrice en 1998 avec Question Santé et la Fédération des Maisons Médicales
Le C.D.S.-Bxl est situé 67, Avenue E. de Béco à 1050 Bruxelles
Documentaliste permanent : Mourad Benmerzouk
tél: 02 639 66 81 e-mail: clps.bxl@skynet.be

Petit rappel des modalités pratiques

Adresse : PSYCENDOC

Au 1^{er} étage de la *Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale*: 53, rue du Président - 1050 Bruxelles

Documentaliste : Ariane Coppens

tél : 02 /501.01.20

e-mail : [psycendoc.lbfsm@skynet .be](mailto:psycendoc.lbfsm@skynet.be)

Horaires : Lundi et mardi : de 12h.30 à 16h.30
 Mercredi : de 10h.30 à 15h.30

Conditions d'accès : Carte de fréquentation

A la journée : .1 euro

Au mois :3 euros

À l'année :

5 euros : . . .étudiants

10 euros : . . .membres L.B.F.S.M.,
 animateurs-coordonateurs L.B.F.S.M.

15 euros : . . .professionnels

50 euros : . . .institutions

Prêt : 5 livres et/ou revues maximum

0.50 eurocents par livre et/ou revue pour 2 semaines

1 euro par livre ou revue et par semaine de retard

Abonnement aux sommaires des revues :

25 euros par édition

Possibilité de faire des photocopies sur place :

0.15 eurocents par photocopie

NOUVEAUTÉS

Articles ou dossiers issus de revues :

. Prof. G. Scmit

[Les Constellations familiales complexes aujourd'hui](#)
(Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, mai 2003, Vol 51, n°3, p.115 à 178)

. Vander Borgh, C.

[Violence des institutions, violences en institutions.](#)
(Thérapie Familiale, Vol. XXXIV, 2003, n°4, p.337)

. Sauzeau, Jacky

[Vers quelles pratiques soignantes en psychiatrie ? Le secteur entre réseau et partenariat](#)
(Soins Psychiatrie, n°224, Janv / Fév. 2003, p.8)

. Cochet, Alain / Rosenkranz, Helga

[Actualités : Rencontres Réhabilitation psychosociales](#)
(Angers, avril 2003)
(L'Information Psychiatrique, Vol 79, n°6, juin 2003, p.521) + d'autres articles sur la réinsertion, ...

. Dossier : [Rencontres et Psychose](#)
(Institutions, n°33, oct. 2003)

. Golse, Bernard

[A propos des bébés : nouvelles demandes, nouvelle clinique](#)
(L'Information Psychiatrique, Vol 79, n°8, Oct. 2003, p.687, in Dossier : Pédopsychiatrie aujourd'hui)

. Kséné, Alain

[Hystérie et perversion](#)
(Revue Française de Psychanalyse, Tome LXVII, 3., Juill. 2003, La Perversion narcissique, p.943)

Dossier : [l'exil comme épreuve de rupture : santé mentale et réfugiés](#)
(Trans-faire, n°23, mai-juin 2002)

. Vérot, Jean - Pierre

[De l'estime de soi aux représentations sociales](#)
(Soins Psychiatrie, n°230, Nov. / déc. 2003, p.36)

[Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaires Française :](#)

. Actualités en Santé Mentale ambulatoire. Rapport sur l'évaluation de l'activité des SSM bruxellois francophones (Juin 2001) - n°17

. Une politique de santé ambulatoire à Bruxelles : propositions et questions - n°18

. Les SSM : La santé mentale ambulatoire : un axe prioritaire de la politique de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles - Capitale.

. [L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés.](#) Revue trans-culturelle

(Vol 1, Vol 2, Vol 3)

. [Humanitaire. Enjeux. Pratiques. Débats.](#)

Pauvreté (s) en France - Le Sida saisi par les ONG- Le quai d'Orsay et l'humanitaire - Guerre en Irak : au péril de l'ingérence humanitaire - Derrière les crises oubliées, un monde fragmenté (Vol 5 - 6 - 7 - 8 - 9, 2002 à 2004)

Livres :

. Magos Vincent

[Procès Dutroux : Penser l'émotion](#)

Coordination de l'Aide aux victimes de maltraitance, Ministère de la Communauté Française, fév. 2004, 254 p.

. De Munck, Jean / Génard, Jean-Louis / Juty, Olgierd / Vrancken, Didier / Delgoffe, Didier / Donnay, Jean - Yves / Moucheron, Martin / Macquet, Claude.

[Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique](#) / De (Série : problèmes actuels concernant la cohésion sociale)
Academia Press, Gent, 2003, 180 p.

. Dethy, Michel

[Maladies psychosomatiques et troubles de la sexualité](#)
Evo Psy, Bruxelles, Chronique Sociale, Lyon, nov. 1992, 11 p.

Dossiers thématiques récemment réalisés sur des sujets récurrents :

Troubles des conduites alimentaires, L'habitat protégé, Le harcèlement moral au travail, Transfert et contre-transfert, Troubles bipolaires, Automutilation, Hyperactivité chez l'enfant, L'enfant roi et l'autorité parentale, Immigration / Interculturalité, L'autisme, Le Cannabis, Le milieu carcéral et la santé mentale, ...

Petit rappel ici de quelques références du MentalIdées précédent qui ont été fort demandées :

. Dossier : [approches techniques de l'entretien](#)

(Santé Mentale. Le Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, n°79, Juin 2003, p.26 à 66)

. [Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ?](#) (dossier)
(Revue Nouvelle, octobre 2003, p.12 à 52)

. Bee, Helen - Boyd, Denise

[Le Développement humain](#) (Coll. Ouvertures Psychologiques, éd. De-Boeck, 2003)

(reprend en détails : la période de la petite enfance, de l'enfance, l'adolescence, l'adulte, l'adulte avancé)

[Tous les petits coups de pouce sous forme de dons de livres \(gage de publicité pour leurs auteurs\) revues, rapports d'activités, actes de colloques sont les bienvenus.](#)

[Nous attirons votre attention sur le fait que nous cherchons à garnir notre rayon de plus de mémoires : grand merci d'emblée à toutes les écoles supérieures, les universités et les étudiants qui nous en enverront!](#)

[Pour tout renseignement ... ou même toute suggestion, je reste à votre disposition,](#)

Ariane COPPENS
Responsable Psychodoc
Accessible par téléphone au 02/501.01.20
(lundi,mardi,mercredi)

25 ans... PROGRAMME

16 juin en soirée et journées des 17 et 18 juin 2004

Manifestations

C o n g r è s
e u r o p é e n
f r a n c o p h o n e

Programme

Organisé par

la Ligue
Bruxelloise
Francophone
pour la Santé
Mentale,

la Coordination
Enfance

et

la Commission
Communautaire
Française

Et les enfants, ça va...?

Transformations du lien
et évolution des pratiques

Au Centre culturel et de congrès
de Woluwé Saint-Pierre

93, Avenue Charles Thielemans
1150 Bruxelles



L'enfance est un révélateur des harmonies et dissonances d'une époque.

Les transformations sociétales ont toujours des effets immédiats sur la vie des enfants. Leur langage, leur comportement, leurs représentations bougent et surprennent leurs aînés.

Au centre d'attentions, parfois d'inquiétudes, sans cesse renouvelées, l'enfant se construit psychiquement dans une multiplicité de liens avec les parents, l'entourage, en famille, à l'école, en rue, dans les lieux publics ou de loisirs qu'il fréquente.

De nombreux phénomènes sont en évolution constante et accélérée. Les familles se défont et se reforment selon des schémas à peine imaginables il y a trente ans. L'enfant, lui, est devenu la cible privilégiée d'une société dominée par les valeurs marchandes. On lui reconnaît de nouveaux droits juridiques. Il surfe dans un monde où le déplacement des limites pose question. La violence subie ou provoquée fait partie de son univers.

Dans ce contexte, les parents, les enseignants, les éducateurs, sont en panne de repères et cherchent de nouveaux points d'appui.

Les professionnels de la santé mentale observent, eux aussi, une évolution tant dans les demandes d'aide des familles et des enfants que dans leur façon de les entendre. Ils reçoivent des familles désorganisées sur le plan psychosocial et en détresses multiples. Cela se traduit par des interactions changeantes dans les familles ou les groupes d'appartenance, de nouvelles expressions du symptôme et une complexification des problèmes sur le plan de la pensée, du développement psychomoteur et du comportement en général. Les praticiens tentent de les lire et de les comprendre à partir de leurs références respectives, qui sont quelquefois sérieusement ébranlées.

De son côté, l'Etat ne reste pas étranger aux changements de société ; il légifère et programme des actions publiques qui, à l'occasion, ont un impact important sur le travail des professionnels de la santé mentale.

Touchés par ces mutations, les intervenants tentent d'accorder leurs pratiques à des tempi et rythmes hétérogènes.

Les praticiens se sont engagés dans des réflexions sur les dimensions sociales et politiques de leurs interventions. Le travail pluridisciplinaire au sein des équipes est mis en question et prend de nouvelles dimensions. Il se joue de plus en plus souvent dans le cadre de relations en réseau entre professionnels concernés par l'enfance.

En accordant une place de choix aux différents discours qui tentent de penser l'enfant dans son monde, l'objectif du Congrès est de reconsidérer, à la lumière de l'actualité, les notions de liens dans l'accompagnement et la prévention.

Le Congrès donnera en priorité la place aux témoignages, contradictoires ou complémentaires, dans le souci de maintenir le travail de chacun en mouvement. Pratiquement, les questions inhérentes à ce thème seront abordées en séances plénières et en ateliers où se rencontreront des professionnels de la santé mentale, de la petite enfance, de l'éducation, de la médecine, de l'enseignement, de l'aide à la jeunesse, de la justice...

Séances plénières

■ Mercredi 16, le soir

Perspectives juridique, anthropologique et sociologique dans des liens constitutifs famille-société, des métamorphoses des relations au sein de la famille, des rôles parentaux et de la place de l'enfant.

■ Jeudi 17, le matin

Actualités cliniques autour du développement psychique de l'enfant : considérations récentes sur les repères structurels, continuités et avancées dans les domaines préventifs et psychothérapeutiques.

■ Vendredi 18, le matin

Les effets des transformations du lien sur les relations entre professionnels de l'enfance. Les potentialités et les limites des modalités dans le travail : initiatives et nouveaux cadres de prises en charge, interventions à plusieurs, pratiques en réseau...

Symposia Ateliers

Les six thématiques de symposia/ateliers seront travaillées en parallèle les jeudi et vendredi après-midi.

Chaque thématique fera donc l'objet de deux séances distinctes animées par les deux mêmes personnes-ressources.

Trois ou quatre courts exposés seront proposés en introduction de séance et un très large temps sera réservé à la discussion entre les orateurs et les participants issus de tous horizons: enseignement, médecine, prévention, aide sociale, psychiatrie, éducation, justice, culture, aide à la jeunesse, santé mentale.

1 Eduquer des enfants ... bientôt cotés en bourse !

Les parents et les éducateurs sont-ils - et jusqu'à quel point ? - soumis à une " stratégie du commercial " qui, par ses messages, représenterait une " autorité nouvelle " : normes d'identification, exigences consummatoires des enfants.

Dans quelle mesure la question des apprentissages et de la scolarité risque-t-elle d'être entraînée dans ces contraintes ?

La finalité éducative est sérieusement concurrencée sur son propre terrain, la logique de l'avoir tentant de détrôner celle de l'être et invitant l'enfant à concevoir ses rapports aux autres à partir de ses objets.

2 Temps réel et temps différé : ne faites pas d'histoires !

La société postmoderne se distingue par son rapport accéléré au temps. Les choses s'obtiennent en temps réel, les expériences se vivent tout de suite plutôt qu'en temps différé, ce qui en fait leur sel, nous dit-on. La publicité l'a bien compris : " ce que je veux, quand je veux, parce que je le vaux bien ! ". Pourtant la construction des liens, inhérente au processus de développement, demande de pouvoir se projeter dans une histoire, repose sur des rapports de transmission et nécessite des passages transgénérationnels. Comment, dans un contexte où prime l'immédiateté, une vie humaine, et en particulier celle d'un enfant, peut-elle se penser ?

3 L'enfant en exil ou l'enfant hors-lieu.

Pris dans l'histoire, ancienne ou récente, du déplacement de leurs parents, des enfants vivent des phénomènes d'acculturation, ou faut-il dire, de surculturation, lorsque la culture d'origine et la culture d'accueil s'additionnent sans se rejoindre.

Leur exil, parfois douloureux, entre deux modèles d'exigence et d'appartenance, s'exprime par une diversité de symptômes ou de comportements qui demandent une lecture attentive car ils répondent à des déterminants culturels, et rigoureuse car ils sont à replacer dans l'universalité des phénomènes psychiques.

4 La mort ... ? ... connais pas.

Deux leitmotifs dominent le social : le bonheur à tout prix et le souci d'échapper à toute forme de renoncement. Maladie, souffrance et mort, autant de situations " politiquement incorrectes " dans ce décor, et pourtant ... Le libéralisme économique et les progrès de la science renforcent chaque jour cette conception, au point que l'expérience de la castration devient presque incongrue dans les représentations contemporaines de l'existence. Depuis l'avènement des courants psycho-dynamiques, on sait cependant qu'elle est le pivot incontournable autour duquel se cristallisent et se résolvent les conflits essentiels au développement de l'enfant. Quels sont dès lors les enjeux, éducatifs et cliniques, auxquels nous convoquent ces nouvelles perspectives ?

5 Mets ta ceinture ... !

A la fin des années nonante, la révélation par les médias d'une série d'événements portant atteinte à l'enfance, a ébranlé l'imaginaire du public et des professionnels. Cette représentation tragique de l'enfance a envahi un corps social déjà mobilisé par un surinvestissement de l'enfant suscitant un retour en force d'anciens concepts moraux et renforçant des réflexes de sécurité. En toile de fond : les médias focalisés sur la peur et la violence.

Dans ce contexte particulier, quel avenir pour l'expression des pulsions agressives et sexuelles au sein de la famille et pour l'enfant, sujet de ses fantasmes et conflits psychiques ? Articulée entre l'écoute de l'adulte et de l'enfant, cette clinique singulière dont la maltraitance et la violence sont les principaux dénominateurs, se heurte régulièrement aux concepts de prise de risque, sécurité et responsabilité.

Quels sont les nouveaux enjeux et impasses que cette situation fait surgir sur le plan psychothérapeutique, au niveau de la prévention et dans le cadre de la pratique à plusieurs ?

6 L'autorité, ... c'est la boîte de Pandore !

Le monde nouveau serait-il arrivé ? ... sans frontières, sans limites, sans tabous. Considéré comme une personne, l'enfant est envisagé sous l'angle de ses droits, ce qui est bien. Considéré comme un sujet en devenir, ses droits sont à envisager sous l'angle des responsabilités, les siennes et celles de ceux qui l'aident à grandir, autrement dit de l'autorité, ce qui est mieux. Comment autorité et responsabilité opèrent-elles et s'exercent-elles dans les familles contemporaines ? Comment prendre en compte la logique psychique des adultes et les impasses de leur parentalité, et, la logique psychique de l'enfant, ses questions, ses solutions ? Comment soutenir les énonciations particulières et les logiques hétérogènes du monde juridique, social et psy ?

Programme de la soirée du mercredi 16 juin

18h.00	Accueil et inscription des participants
18h.30	Cocktail dînatoire
19h.30	Séance plénière d'ouverture du Congrès
	Président : Dr. Philippe Hennaux, neuropsychiatre, médecin directeur de La Pièce, président de la L.B.F.S.M.
Allocution de bienvenue	Didier Gosuin, ministre chargé de la Santé à la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale
Introduction des Journées	- Dr. Jean-Paul Matot, pédopsychiatre, médecin directeur du Service de Santé Mentale (S.S.M.) de l'ULB, vice-président de la L.B.F.S.M. - Eric Messens, directeur de la L.B.F.S.M.
Conférences	Jean-Louis Renchon, professeur à la Faculté de droit de l'UCL, directeur du Centre de droit de la personne, de la famille et de son patrimoine (CeFAP) - Louvain-la-Neuve <i>" Le droit et la famille : changements ou bouleversements ? "</i> Christine Castelain-Meunier, sociologue au C.N.R.S. - Paris <i>" La place du père et les métamorphoses de la famille "</i> Discutants : - Claire D'Urso, magistrat au Service des affaires européennes et internationales du Ministère de la Justice française - Paris - Francis Martens, anthropologue, psychologue, psychanalyste, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, UCL - Bruxelles

Programme de la journée du jeudi 17 juin

8h.00 Accueil

9h.00 **Séance plénière**

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

Dr. Christine Frisch-Desmarez, pédopsychiatre, psychanalyste, Société Belge de Psychanalyse - Luxembourg

" Evolution des modèles psychothérapeutiques pour l'enfant, l'adolescent et sa famille "

Denis Mellier, psychologue clinicien, maître de conférences à l'Institut de psychologie et au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique de l'Université Lumière Lyon 2

" Intersubjectivité et travail de lien : un nouveau paradigme pour le soin et la prévention psychique ? "

10h.45 Pause-café

11h.15 **Séance plénière**

Président : Dr. Charles Burquel, psychiatre, médecin directeur du S.S.M. Le Méridien, vice-président de la L.B.F.S.M.

Serge Lesourd, psychanalyste, professeur de psychopathologie clinique et directeur de Laboratoire de psychologie : Famille et filiation - ULP - Strasbourg

" La passion de l'enfance comme refus du sexuel "

Dr. Pierre Delion, psychiatre d'enfants et d'adolescents, chef du Service de pédopsychiatrie du C.H.R.U. de Lille

" Du lien aux lieux, ou comment tenir compte des transformations du lien avec les enfants et inventer des lieux de soins pertinents pour eux "

Discutants : - Dr. Carine De Buck, pédopsychiatre, directrice médicale à Clairs Vallons - Ottignies

- Xavier Renders, docteur en psychologie, psychothérapeute, professeur à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, UCL - Louvain-la-Neuve et Bruxelles

13h.00 à 14h.30 Déjeuner et récréation

14h.30 à 16h.30 **6 Symposia/Ateliers thématiques travaillés en parallèle**, voir p 23 à 26

Programme de la journée du vendredi 18 juin

8h.00 Accueil

9h.00 **Séance plénière**

Président : Manu Gonçalves, assistant social, coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles, administrateur de la L.B.F.S.M.

Dr. Marie-Paule Durieux, pédopsychiatre, consultant au Service néonatal du CHU Saint-Pierre, psychanalyste, Société Belge de Psychanalyse - Bruxelles

" Le bébé prématuré, l'équipe soignante, l'institution hospitalière et le réseau "

Edith Tilmans-Ostyn, psychologue, psychothérapeute, directrice du groupe de formation à la thérapie familiale et à l'intervention systémique, UCL, S.S.M. Chapelle-aux-Champs - Bruxelles

" Les jeunes enfants comme ressource dans l'intervention systémique "

10h.45 Pause-café

11h.15 **Séance plénière**

Présidente : Anne Labby, coordinatrice enfance, psychologue, S.S.M. L'Eté

Christian Dubois, psychologue, S.S.M. La Gerbe, psychanalyste, président de l'Association Freudienne de Belgique - Bruxelles

" Réalité psychique, réalité du réseau : recto-verso d'une clinique ? "

Marie-Luce Gibello, psychologue clinicienne, psychothérapeute, psychopathologie des apprentissages et dynamique des groupes d'enfants - Paris

" Métamorphoses de la pensée infantile sous l'influence de l'école "

Discutants: - Karl-Leo Schwering, docteur en psychologie, directeur du S.S.M. Chapelle-aux-Champs, UCL - Bruxelles, maître de conférences à l'Université Paris 7

- Dr Frédérique Van Leuven, pédopsychiatre, S.S.M. Le Méridien - Bruxelles

13h.00 à 14h.30 Déjeuner et récréation

14h.30 à 16h.30 **6 Symposia/Ateliers thématiques travaillés en parallèle**, voir p. 23 à 26

Programme des exposés

dans les symposia des jeudi 17 et vendredi 18 juin après-midi

1 Eduquer des enfants ... bientôt cotés en bourse !

Responsables : Michel Cailliau, psychologue, psychothérapeute, S.S.M. ULB et Laurence Corbiau, psychologue, S.S.M. Le Norois - Bruxelles

Agnès Deconinck, logopède, thérapeute du développement, Centre de Guidance-ULB - Bruxelles

" Petit poisson, peut-on passer la Mer Rouge ? A quelles conditions ? "

Véronique Dufour, psychologue des hôpitaux universitaires et membre de l'équipe Famille et filiation (ULP Strasbourg - Lesourd), docteur en psychologie clinique (université Paris 5)

" Dites-moi, mon enfant est-il surdoué ? "

Pr Alain Lazartiques, professeur de pédopsychiatrie, CHU de Brest, Service de Pédopsychiatrie, Hôpital de Bohars

" Consensus, hédonisme : les coordonnées de la nouvelle famille "

Jean-Pierre Lebrun, psychiatre, psychanalyste - Namur

" Le psychanalyste toujours antipédagogue ? "

Dominique Marlair, logopède et Eric Streveler, psychologue, Centre Thérapeutique et Aide Educative - Liège

" Roberto et l'ordinateur : du point d'impasse au point d'appui "

Claire Piette, enseignante, Laboratoire du Centre Interdisciplinaire de l'Enfance, Champ Freudien - Bruxelles

" Autorité autorisée : un tramway nommé désir "

Geneviève Platteau, psychothérapeute individuelle et familiale, S.S.M. ULB - Bruxelles

" Couples éphémères, parents à long terme, quel devenir pour les enfants ? "

2 Temps réel et temps différé : ne faites pas d'histoires !

Responsables : Dr. Corinne Schoonjans, pédopsychiatre, S.S.M. d'Ixelles et Anne Englert, psychologue, psychothérapeute, S.S.M. ULB - Bruxelles

Christophe du Bled, Anne Englert, Françoise Versele, psychologues, Dr. Corinne Schoonjans, pédopsychiatre, équipe Parentalité - Petite enfance, S.S.M. Psycho-Belliard-Plaine, ULB - Bruxelles

" De la nécessaire prise en compte des temps subjectifs différents du bébé, des parents, des intervenants... et du social !? "

Dr. Patricia Jetten, pédopsychiatre et Marie Couvert, psychologue, Unité pédo-psychiatrique de liaison Enfants-Parents, Clinique Saint-Jean - Bruxelles

" Le maternage, rencontre de corps réels ou reprise d'une narrativité "

Christophe Janssen, Anne-Christine Frankard, Jean-Luc Brackelaire, Unité de recherche en psychologie clinique : anthropologie, psychopathologie et psychothérapie, UCL - Louvain-La-Neuve

" Les premiers objets d'attachement : une temporalité bien difficile à conjuguer "

Blandine Faoro-Kreit et Cédric Levaque, psychologues, psychanalystes, Dr. Denis Hers, psychiatre, Unité Assuétudes du département Adultes, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, UCL - Bruxelles

" La fratrie comme ressource thérapeutique en cas d'alcoolisme "

Claudine Veillet, docteur en psychologie et en psychopathologie clinique, chargée de cours à l'Université Lumière Lyon 2

" Adoption et urgence de la transmission "

Marie-France Lambert, psychologue, directrice de Parcours d'accueil, Service de placement familial AAJ - Bruxelles

" L'enfant en placement familial à la croisée de différentes histoires et de différents temps vécus "

Cathy Caulier, psychologue, S.S.M. de Saint-Gilles, Bernard Martinez, travailleur social, thérapeute systémique et Marie Sion, assistante sociale, S.S.M. sectorisé Uccle-Enfants - Bruxelles

" Les enfants dans le temps de la souffrance psychique de leur(s) parent(s) : du temps qui se fige au temps qui s'emballe "

Anne-Marie Pornel, logopède, Centre de Guidance d'Ixelles- Equipe Enfants, Adolescents, Famille - Bruxelles

" Chrono, casse-toi ! Laisse-moi mon temps ! "

3 L'enfant en exil ou l'enfant hors-lieu.

Responsables : Dr. Nicole Zucker, pédopsychiatre, S.S.M. de la Ville de Bruxelles et Dr. Paula Lambert, pédopsychiatre, S.S.M. Rivage-Den Zaet - Bruxelles

Dr. Emilie Fioffi Kpadonou, pédopsychiatre - Bénin

" Une technique traditionnelle ancienne d'apaisement des enfants "

Dr. Françoise Hanon, médecin généraliste, Petit Château - Bruxelles

" Enfants de l'exil : une pratique de généraliste dans un centre d'accueil pour réfugiés "

Claire Kagan, psychologue, C.P.M.S. de Saint-Gilles - Bruxelles

" Les enfants-valises "

Raymonde Saliba, psychologue et Dr. Elia Batchy, pédopsychiatre, S.S.M. D'Ici et d'Ailleurs - Bruxelles

" Enfants d'ailleurs accueillis ici "

Claire Metz, docteur en psychologie, chargée de cours à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, psychanalyste, psychologue clinicienne, Centre-Médico-Psycho-Pédagogique - Strasbourg

" Les difficultés d'apprentissage au sein de la culture d'accueil : problématique culturelle ou singulière ? "

Dr. Chantal Van Cutsem, psychiatre clinicienne à La Petite Maison, hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents - Chastre, responsable de la formation au Centre d'Etude de la Famille et des Systèmes - Bruxelles

" L'hôpital, un lieu pour penser les liens "

Marguerite Blondeel, psychomotricienne et Patrick Godfrin, psychologue clinicien, Service d'Aide Psychologique Entr'aide des Travailleuses - Bruxelles

" L'ours bleu et le petit lion : l'histoire de Ninio "

Anne-Pascale Marquebreucq, psychologue, S.S.M. Exil - Bruxelles

" Interventions coordonnées autour de l'enfant exilé et de sa famille "

4 La mort ... ? ... connais pas.

Responsables : Dr. Luc Colinet, licencié en sciences familiales et sexologiques, thérapeute de couples et familles et Marie-Cécile Henriquet, psychologue, psychothérapeute, S.S.M. Le Méridien - Bruxelles

Claire-Isabelle Le Bon, psychologue, psychothérapeute - Bruxelles

" Tyran et prêt à mourir, faute de castration "

Marie-Louise Meert, logopède, S.S.M. La Gerbe - Bruxelles

" Le silence a-t-il une couleur face au tourment ? "

Bernadette Huberlant, psychologue, La Lice - Bruxelles et Service d'Aide et d'Intervention Educative - Liège

" Amour à mort "

Delphine Bauloye, psychologue, asbl Cancer et Psychologie - Bruxelles

" Espace Ateliers : en parler pour le vivre autrement "

Pascale Gustin, psychologue, S.S.M. Le Chien Vert, Clinique Sainte-Elisabeth, Unité mère-enfant - Bruxelles

" La mort, question vitale en périnatalité et pédiatrie "

Dr Sylvie Doehaerd, pédopsychiatre et Alexandra Staussberg, psychologue, Unité Domino, Clinique Saint-Jean - Bruxelles

" Non, pas très fort ! Et d'ailleurs on ne sait pas très bien quoi faire ni où aller "

Claire Van Pevenage, docteur en sciences psychologiques, Anne Callens et Cendrine Magisson, psychologues, Service de pédopsychiatrie, Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola - Bruxelles

" Soins psychiques en Unité de Soins Intensifs Pédiatriques : prise en charge de la famille "

5 Mets ta ceinture ... !

Responsables : Catherine Gompel, criminologue, psychanalyste, La Gerbe A.M.O. et Anne Labby, coordinatrice enfance, psychologue, S.S.M. L'Eté - Bruxelles

Dr Michel Demangeat, psychiatre, psychanalyste, président de l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale - Bordeaux

" La Loi ... Les pulsions et la violence de l'imaginaire "

Gil Caroz, psychologue, psychanalyste au C.M.P. du Service Social Juif - Bruxelles

" Un symptôme à ne pas guérir "

Isabelle Duret, psychologue, formatrice en thérapie systémique à Forestière asbl, chargée de cours, Alexia Jacques et Zoé Rosenfeld, psychologues, assistantes, Service de psychologie clinique et différentielle, ULB - Bruxelles

" Quels repères identitaires et quels liens filiatifs ou affiliatifs pour les enfants issus de familles en perte d'identité ? "

Annemie Dillen, aspirante du Fonds de la Recherche Scientifique - Flandre, Faculté de théologie, KUL - Leuven

" Les enfants et les adultes comme des sujets compétents et vulnérables : une réflexion éthique sur les droits de l'enfant "

Sabine Follet, psychologue et Dr. Frédérique Van Leuven, pédopsychiatre, S.S.M. Le Méridien - Bruxelles

" Quand les ceintures s'emmêlent... "

Thomas Piraux, psychologue, directeur de la Pouponnière de la Flèche - Bruxelles

" Séparer, se séparer ... mais où est passée ma ceinture ? "

Janine Peypers, thérapeute du développement, Christine Digneffe, psychologue, S.S.M. Le Grès - Bruxelles

" Le travail au Patio : un pari "

Anne-Christine Frankard, chargée de cours invitée à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, UCL - Louvain-La-Neuve, co-responsable de la Lice - Bruxelles

" Ce cher petit ange blond. Conceptions de l'enfant et dispositifs d'intervention "

6 L'autorité, ... c'est la boîte de Pandore !

Responsables : Manoëlle Descamps, psychanalyste, criminologue, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, UCL et Patricia Laloire, psychanalyste, psychologue, S.S.M. Le Grès - Bruxelles

Virginio Baio, membre de l'Ecole de la Cause Freudienne, de la Scuola Lacaniana di Psicoanalisi, enseignant à l'Istituto Freudiano - Rome

" Ça dépend ... de la 'marque' "

Danielle Bastien, psychanalyste, chargée de cours invitée à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, UCL - Louvain-La-Neuve

" Il est interdit d'interdire "

Anne Thevenot, psychologue, Centre Médico-Psycho-Pédagogique, maître de conférences en psychologie clinique à la Faculté de Psychologie, ULP - Strasbourg

" Lorsque la différence des générations ne fait plus repère pour des parents... "

Fabienne Hody, Vincent Hosselet, Marie Sas, psychologues, intervenants à Parhélie, Centre de psychiatrie pour enfants et adolescents - Bruxelles

" Vincent sera d'accord ? " Quand le jeu des transferts diffractés autorise un enfant à demander et grandir "

Claire D'Urso, magistrat au Service des affaires européennes et internationales du Ministère de la Justice française - Paris

" La protection de la vie privée et de la vie familiale : le point de vue du droit international "

Colette Godfrin, psychanalyste, psychologue-expert, S.S.M. Le Grès - Bruxelles

" Quelle forme de co-parentalité s'énonce quand la conjugalité fait symptôme ? "

Dina Angistriotu, psychologue, psychanalyste et Françoise Swine, psychologue, thérapeute familial, S.S.M. Chapelle-aux-Champs, UCL - Bruxelles

" Livres d'enfants, paroles d'enfants "

Dr Carine De Buck, pédopsychiatre, directrice médicale à Clairs Vallons - Ottignies

" La garde alternée, pertinence et dérives "

Comité d'organisation du Congrès

LAURENCE CORBIAU, MICHÈLE DE BLOUDTS, MANOËLLE DESCAMPS,
CHRISTIAN DUBOIS, ANNE-CHRISTINE FRANKARD,
ANNE LABBY, PATRICIA LALOIRE, DR. JEAN-PAUL MATOT,
ERIC MESSENS, DR. CORINNE SCHOONJANS,
DR. FRÉDÉRIQUE VAN LEUVEN, MARTINE VAN MALDEREN, DR. NICOLE ZUCKER.

Le Congrès se déroulera du mercredi 16 juin soir au vendredi 18 juin 2004 au
Centre Culturel et de Congrès de Woluwé-Saint-Pierre,
93 avenue Charles Thielemans - 1150 Bruxelles

Le Centre est situé près du boulevard de la Woluwe (Ring Zaventem, Liège) et de l'avenue de Tervueren (E 411, Mons, Paris)

Plan accessible sur le site <http://www.woluwe.be/congres>

Accès : métro Montgomery puis trams 39 ou 44 (arrêt du Chien vert), bus 36 (arrêt du Chien vert) et bus 42 (arrêt Fabry)

L'accréditation pour les médecins belges a été demandée.

Le programme du Congrès et le bulletin d'inscription peuvent être adressés sur demande par courrier électronique à lbfsm@skynet.be

La librairie Tropismes tiendra un stand pendant toute la durée du Congrès et vous proposera un très large choix de livres dans le domaine infanto-juvénile, notamment ceux des orateurs du Congrès.

Frais de participation

Pour les 3 journées du Congrès, les frais incluant l'inscription, le cocktail dînatoire, les pauses-café et les lunchs sont :

	Avant le 20 mai	Après le 20 mai
Etudiants	80 Euros	110 Euros
Membres de la L.B.F.S.M.	110 Euros	140 Euros
Non-membres	140 Euros	170 Euros

Par virement bancaire en Euros,
au compte n° 068-2186066-04 (IBAN : BE10 0682 1860 6604)
de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (DEXIA Banque - Bruxelles)
L'inscription est validée par le virement bancaire

Secrétariat du Congrès,
pour tous renseignements et pour les inscriptions

Michèle De Bloudts, Anne Labby, Eric Messens

Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale
Rue du Président, 53 - 1050 Bruxelles, Belgique
Tél : 0032- (0)2 511.55.43 Fax : 0032-(0)2 511.52.76
E-mail : lbfsm@skynet.be

Et les enfants,

ça va...?

Et les enfants, ça va..? Question-bateau qui interpelle les adultes et les invite à s'interroger.

Qu'est-ce qui se joue lorsqu'un parent répond « ça va » en parlant d'un très petit comme d'un jeune enfant ? Inévitablement une oscillation entre aller bien, aller mal, un trouble quant aux repères définissant le bien-être et le mal-être. Que dire de ce qui se décante au niveau émotionnel chez l'enfant ballotté entre ces deux pôles d'interprétation et participe de la définition de sa singularité ?

Et les enfants, ça va..? Question-bateau qui fait vaciller la position affective et éducative des parents dans le lien à l'enfant : la capacité à donner et recevoir, la culpabilité, un réveil du vécu infantile, le plaisir d'être dans le désir, un évitement, une inévitable oscillation entre être adéquat et inadéquat. Que dire de ce qui se joue et se transmet entre ces extrêmes et participe de la définition de la singularité parentale ?

Et les enfants, ça va..? Question-bateau qui bouscule le narcissisme des professionnels à travers leurs liens transférentiels et contre-transférentiels avec l'enfant et sa famille ainsi que dans les contacts avec le réseau... un inévitable balancement entre compétence et incompétence subjectives, voire une sensation d'impuissance. Que dire de l'espace de réflexion qui s'ouvre alors et dont participe la singularité d'une clinique indéniablement ancrée dans la réalité sociale de l'enfant ?

Et toi l'enfant, que dis-tu, qu'en penses-tu, quelle est ta contribution personnelle à ton bien-être ou ton mal-être, au-delà de ce que les adultes en disent ?

Penser la santé mentale de l'enfant, c'est, je ne vous apprends rien, penser la naissance et la constitution de l'appareil psychique d'un être qui ne peut advenir que dans une interaction avec les adultes. Par ailleurs, être à l'écoute du terrain dans ce champ particulier de la santé publique, c'est se pencher sur les témoignages, observations et réflexions concernant l'enfant, la parentalité, la famille et le corps social émis par les professionnels.

En effet, les professionnels témoignent d'une mutation de la société caractérisée par un rapport accéléré au temps, un surinvestissement de l'enfant allant jusqu'à la pédolâtrie, l'irruption de représentations collectives mêlant pédophilie et criminalité sexuelle, la virtualisation grandissante des activités cognitives et ludiques, l'influence croissante des médias et de la publicité ciblée ainsi que la mercantilisation de l'enfance, la recomposition des familles, leur atomisation croissante et la fragilisation structurelle qui en découle, la dualisation galopante de la société et la marginalisation des plus vulnérables qui en résulte, ...

En prise avec cette réalité, plusieurs regroupements de professionnels dépendant de la Coordination Enfance à la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale enregistrent depuis plusieurs années un foisonnement de constats, interrogations, avancées autour de l'actualité clinique relative au développement psychique de l'enfant et aux interactions familiales tant sur le plan psychothérapeutique que dans le domaine de la prévention et du travail avec le réseau. De nombreux constats qui, loin de figer la clinique, permettent au contraire de relancer une dialectique subtile et précieuse.

Ce processus n'a rien de nouveau, Freud, au début du XXI^{ème} siècle, avait déjà abordé et parlé de malaise dans la civilisation ; juste un souhait de l'actualiser en ce début de XXI^{ème} siècle.

Nombre de professionnels insistent donc sur la nécessité impérieuse de se pencher sur l'instrumentalisation de l'enfance et ses répercussions sur la structuration psychique, l'évolution de l'interdit de

l'inceste, l'accès à la symbolisation, la transformation du rapport à la castration, l'intégration psychique des pulsions sexuelles et agressives, l'évolution de l'autorité parentale et la problématique de l'intégration culturelle.

Consciente de l'importance que revêtent ces mutations profondes, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale associée à la Coordination Enfance s'est rendue à l'évidence qu'il fallait d'une part ouvrir le champ de la réflexion à d'autres disciplines et d'autre part favoriser la transmission du fruit des travaux récents auprès d'une audience élargie. Son choix s'est porté sur l'organisation d'un [Congrès Européen](#) intitulé « *Et les enfants, ça va ?* » et consacré aux transformations du lien et à l'évolution des pratiques. Cette manifestation est co-organisée et soutenue par la Commission Communautaire Française.

En guise d'introduction et de préparation, nous vous proposons dans ce numéro de *Mental'idées*, un dossier thématique "Enfance" pour vous mettre " l'eau à la bouche " ...

Quelques-uns de nos collègues proches ont pris leur plume pour vous faire part de points de vue et de prises de position inspirés directement de leur pratique clinique quotidienne.

[Et le congrès, ça va ?](#) Oui, non, peut-être ...

Enfin, bref un engagement et une inévitable prise de risque ...

Anne LABBY,
psychologue au S.S.M. l'Eté
et Coordinatrice Enfance.

Le dossier thématique qui vous est proposé dans les pages suivantes n'a pas pour objectif de se substituer au Congrès Européen "Et les enfants, ça va ?"., au contraire...

Il s'agit ici d'engager la réflexion au départ d'axes différents de ceux qui seront ouverts au débat lors de la manifestation de juin 2004: qu'ils viennent de praticiens de l'enfance qui se sont eux-mêmes livrés au périlleux exercice de la mise à plat de leur action au départ d'un S.S.M., de l'analyse d'une difficulté particulière aux enfants dont les racines sont ailleurs, du questionnement aigu de l'éthique au travers du secret partagé ou non, de la description de l'expérience particulière de la santé mentale articulée à la clinique périnatale

Nous espérons vous offrir ainsi un aperçu éclairant et complémentaire au programme du Congrès des 16, 17 et 18 juin prochains qui , en 6 thèmes passionnants, déclinera l'enfance dans ses fragilités, son potentiel, ses mystères et son infinie capacité à nous renvoyer face à nous mêmes, tant il est vrai que

***"l'enfance est un révélateur
des harmonies et dissonances d'une époque"...***

Une action préventive en Service de Santé Mentale

Ce texte est issu des réflexions d'un groupe de travail préparant la journée d'étude du Centre de Guidance de la Ville de Bruxelles du 23 mars 2004.

Ce groupe était constitué de:

A. BOGAERTS, D. BURGRAEVE, N. GREGOIR, M. MATHIEUX ,
G. VISELE (psychologues dans les écoles maternelles),
E. DESMET, M. CABY (psychologues pour les crèches),
A. CONTENT (logopède),
S. CRETEUR (assistante sociale)
et N. ZUCKER (pédopsychiatre).

Introduction

Préparer cette journée d'étude, et cet atelier, ont été l'occasion de nombreuses ré-interrogations quant à nos pratiques de prévention sur le terrain. Pratiques à la fois identiques de par leur définition autour d'un projet commun, pratiques diversifiées de par les adaptations aux terrains, aux équipes, aux personnes mais également de par l'identité de chacune de nous.

L'élaboration de cet atelier nous ramène au thème des « passages » d'une consultation de terrain (de l'école ou de la crèche) vers celle d'un centre de santé mentale. Quels sont les facteurs qui favorisent ou entravent cette articulation ? Comment comprendre les transitions réussies ou échouées entre ces deux pôles. Enfin, comment définir les spécificités des équipes de terrain qui accompagnent les familles sur les chemins menant au « JE » ?

Le thème de notre atelier s'inscrit dans la lignée de cette réflexion.

Historique du type de travail de prévention mené au Centre de Guidance

Voici 33 ans, le pouvoir organisateur de la Ville de Bruxelles a souhaité mettre en place un projet de prévention précoce (concernant les enfants de moins de 6 ans) . Pour diverses raisons, le terrain des crèches et des écoles maternelles constituait (et constitue toujours) un terrain offrant des conditions propices à un travail de prévention : population tout-venant, âge où beaucoup de choses se jouent et sont mobilisables...etc...

Les équipes (crèches et jardins d'enfants) qui portent ce projet sont composées de psychologues ayant toutes une formation spécifique « petite enfance » (thérapie du développement psychomoteur, psychomotricité de type Aucouturier, approche Pikler-Loczy...).

Ces formations ont toujours été essentielles pour appréhender le jeune enfant dans sa globalité et dans la multiplicité de l'expressivité de sa vie intra-psychique. Elles aident à bien des niveaux dans l'accompagnement du personnel des institutions et dans la consultation avec les parents. Aucune thérapie au sens stricte n'est menée sur le terrain .

Description du travail

Les interventions des psychologues ont toujours été proposées dans la perspective de faire bénéficier ces institutions des apports de l'approche et du travail d'un « service de santé mentale », avec comme caractéristiques essentielles au point de vue du travail :

- La nécessité de se poser dans un rôle de « tiers » ;
- La volonté de prendre le temps d'analyser et de clarifier les demandes de toutes natures (nature, portée, destinataire explicite ou implicite...) ;
- La prise en considération du « demandeur » comme sujet à part entière et éminemment respectable dans son rythme, ses résistances, ses ambivalences, ses choix...

L'objectif de ce travail a toujours été :

- D'une part de rendre plus accessible une aide d'ordre psychologique à une population qui ne consulterait probablement pas autrement ;
- D'autre part, de travailler avec les milieux de vie de l'enfant, en les sensibilisant au mieux aux dimensions psycho-affectives de l'enfant et aux besoins qui y sont inhérents.

D'emblée, un tel travail a amené les équipes de terrain à insister sur l'importance de la prise en compte de l'affectivité pour chaque personne de l'institution ainsi que sur la nécessité de la considérer dans sa globalité plutôt que uniquement dans sa fonction et ceci d'autant plus que l'enfant est jeune.

On voit donc comment, très rapidement, « prévention » et « interventions à caractère thérapeutique » se sont mêlées.

Dans le cas présent, le terme « prévention » doit être dissocié du terme « dépistage », qui existe, à l'occasion de contacts avec les personnes de l'institution, mais ne revêt en rien un caractère systématique.

Au fil des années, différentes propositions d'intervention (en partant du relevé des demandes les plus fréquentes) ont été faites, tantôt collectives, centrées sur les adultes (groupe inter et intra-institution) ou sur les enfants (atelier de développement par la pratique Aucouturier) ou sur les deux (travail centré sur l'accueil du tout-petit), tantôt individuelles (proposition d'un travail de consultation pouvant se mener dans l'institution ou au centre de guidance), avec des degrés divers de réussite selon le type de population, la dynamique institutionnelle, le temps réellement disponible, l'aménagement même des locaux, la place faite au psychologue....bref tout ce qui fait la spécificité d'un travail mené sur le terrain.

Quelles que soient les propositions d'intervention, la priorité a toujours été donnée à la construction d'un lien avec les familles et les institutions fondé sur la continuité, la permanence, la confidentialité et le respect de la déontologie propre à chaque discipline.

Outre les échanges avec les adultes entourant les enfants et les instruments de testing plus classiques lors des consultations individuelles, l'observation de l'enfant dans son milieu de vie et la sensibilisation des adultes à cette même observation a pris une grande place au sein de ce type de travail et constitue un outil tout à fait précieux dans la compréhension du jeune enfant en difficulté.

De même, le type d'écoute que les adultes rencontrent à l'occasion de nos échanges fonde la collaboration ultérieure et leur permet d'expérimenter la qualité d'un échange mené par un professionnel de l'écoute. Régulièrement, c'est cette expérience même qui, transmise avec confiance (car ils l'ont vécue) aux parents, permet à ces parents d'arriver à nous et de faire demande de consultation, ou d'examen pour leur enfant.

C'est souvent le même mécanisme qui amène un série de familles à consulter dans un lieu de santé mentale.

Comparaisons entre consultation terrain et consultation en CSM

Ce schéma reprend brièvement certaines différences essentielles, ces différences pouvant être facilitantes à certains niveaux ou limitantes à d'autres selon le moment et l'évolution de la demande.

Consultation Centre Santé Mentale

Cadre FORMEL

Lieu de consultation identique
Lieu tiers

Temps consultation identique
Rythme de consultation défini
Travail contractualisé
Paielement

Choix ou non de la rencontre avec psy

Contactes ponctuels avec envoyeurs
→ feed-back ponctuel

Travail thérapeutique
Travail sur le fantasmatique

Consultation terrain écoles/crèches

Cadre plus INFORMEL

Lieu de consultation variable
Lieu de l'enfant
→ psy = témoin de la réalité

Temps de consultation variable
Rythme de consultation indéfini
Travail à la demande
Gratuité

Rencontre potentielle même si pas souhaitée

Contactes continus avec envoyeurs
→ feed-back régulier

Travail de prévention
Travail à caractère thérapeutique
Travail s'appuyant sur une réalité observable (en lien avec fantasme)
→ le fait de travailler autour de la réalité scolaire de l'enfant peut constituer une entrave à l'élargissement des échanges à propos de la famille, du couple, etc...

*Nous sommes témoins d'événements auxquels les parents n'ont pas accès
→ peut être rassurant
→ peut être menaçant

Différence des contenus abordés en fonction du lieu et/ou des personnes

Collaboration avec les équipes

Notre travail passe par une collaboration essentielle avec les institutrices et puéricultrices. Avant d'être nos envoyeurs, elles sont nos collaboratrices.

L'établissement de cette collaboration nécessite une période de rencontre préliminaire pendant laquelle la confiance peut ou non s'instaurer. C'est la rencontre entre le JE des institutrices/puéricultrices et le JE du psychologue.

Au cours de cette période, nous sommes en quelque sorte « expérimentées » par chaque personne des équipes que nous côtoyons. Ceci peut se faire au travers d'une demande concernant un enfant, ou d'une demande plus personnelle.

Cette période préalable est un prérequis à la sensibilisation ultérieure des parents à la consultation. Elles peuvent alors transmettre en connaissance de cause le rôle du psy et l'aide potentielle qu'il constitue, tout en dédramatisant l'image qui est encore souvent liée à l'image du « monde psy ».

Notre collaboration avec les institutrices/puéricultrices est plurielle (*cf suite*)

Analyse de la demande

Quelque soit l'intervention demandée, la première étape de notre travail consiste à prendre un temps nécessaire à la clarification du sens de la demande et de la portée des attentes du demandeur (enseignant, parent, direction, puéricultrice..).

Souvent ce premier temps est une **période d'imprégnation, de maturation, un espace-temps constituant une zone de non décision...**

Le fait de ne pas répondre de manière directe à la demande par une intervention permet de « décanter », de permettre une première mise en mots (prise de conscience de ce qui est vécu au-delà de la réalité et comment l'enfant prend place dans notre propre histoire..) et qui a souvent un effet libérateur.

Ce temps permet d'évaluer si un travail peut être fait dans le cadre de l'institution, quel type de travail, à quelles conditions... et avec qui...

Cette évaluation dépend du type et de la complexité de la problématique rencontrée mais aussi des conditions concrètes dans lesquelles on se trouve : possibilité de rencontrer en fonction de leurs disponibilités horaires, des nôtres, de l'occupation possible d'un local dans le cadre de l'école, des listes d'attentes des centres etc...

Plusieurs propositions d'interventions peuvent y faire suite, par exemple.

- travail avec l'enseignant(e)
- rencontre des parents
- réalisation d'observation dans différents moments de la vie scolaire
- réalisation d'un bilan
- remise de conclusions aux parents
- orientation (difficulté du passage)

Lorsque notre travail consiste à **faire émerger une demande** chez des parents qui ne sont pas conscients des difficultés rencontrées par leur enfant ou de son degré de souffrance, l'adhésion de tous les niveaux de la hiérarchie à notre mode d'intervention est fondamental, surtout face aux situations de crise.

Face à des demandes urgentes (institutrice débordée enfant ingérable), il s'agira de trouver ensemble les moyens possibles à mettre en œuvre afin de rendre la situation gérable en attendant la mise en place éventuelle d'une intervention, la possibilité d'une démarche de demande d'aide.

Il s'agit alors d'un travail de soutien, de voir quelle collaboration l'école peut mettre en place avec les parents, etc...

Il s'agit aussi de contenir l'angoisse et le sentiment d'urgence, tout en faisant comprendre que le meilleur moyen de préserver l'enfant n'est pas nécessairement de poser un acte (placement, orientation scolaire, intervention de la justice..) qui, s'il soulage la crise, peut mener l'enfant et sa famille dans un processus d'échec et de disqualification.

L'observation peut alors devenir un outil d'objectivation important qui nous permet de travailler dans le temps. Le temps pris pour observer un enfant permet de relativiser l'urgence en offrant parallèlement un soutien à l'institutrice /puéricultrice.

Il faut accepter de ne pas savoir tout de suite...il n'y a pas de solution miracle.

Ces situations nous confrontent quotidiennement à de nombreuses questions :

Comment faire quand on est pris entre la souffrance de l'enfant et de l'enseignant ?

De qui sommes nous le psy ? A qui donner la priorité à long terme ?

Notre présence sur le terrain nous place dans une position délicate : nous sommes témoins de la souffrance et des émotions qui accompagnent une situation difficile. De surcroît, nous sommes parfois investis d'un rôle tout puissant. Il est attendu de nous que nous proposons quelque chose dans l'immédiat. Une non réponse à ces attentes peut nous placer dans un rôle de bourreaux, d'intervenants « inefficaces », etc.

C'est là qu'il nous faut nous situer entre la demande plus ou moins urgente et le temps nécessaire à l'émergence d'une réelle demande de la part des parents. A nous dans cet entre-deux de mettre à profit nos ressources pour le rendre « tenable », gérable.

Le chemin parcouru avec les familles doit être respectueux de leur rythme propre afin que ce chemin soit celui d'un véritable « je ».

Conclusions

Nous travaillons souvent à différents niveaux de prévention.

Par exemple, l'action centrée sur un enfant peut permettre d'améliorer le bien-être psychique de toute une classe grâce au travail effectué avec l'institutrice.

Il est aussi remarquable de constater comme le nombre d'enfants « signalés » augmente lorsqu'une institution se porte mal.

De même, situer les frontières entre actions préventives et interventions à caractère thérapeutique demande une réflexion constante. La rencontre entre une famille et une psychologue d'un service de santé mentale dans l'école ou la crèche constitue déjà une intervention qui peut dénouer bien des conflits en dehors du cadre habituel de la psychothérapie.

Actuellement, les effets du travail préparatoire à la consultation se font sentir. Les institutrices maternelles et les puéricultrices sont devenues nos collaboratrices dans le repérage des enfants ayant besoin d'une aide individuelle et elles réussissent à sensibiliser un nombre considérable de parents à la

souffrance psychique vécue par leur enfant.

La façon dont certaines familles viennent au centre de guidance après un travail des psychologues sur le terrain mérite d'être analysée au cas par cas, avec en filigrane, l'idée que c'est leur évolution en tant que « sujet » qui leur a permis finalement de pousser la porte d'un lieu de santé mentale.

Par ailleurs, les institutions ont pu se réapproprier certaines actions (séances de psychomotricité, concertations entre enseignantes, accueil du tout-petit..) en faisant usage des nombreux éléments auxquels nous avons tenté de les sensibiliser.

mars 2004

Ressources "Santé mentale" / Enfance

Psycendoc contact: Ariane Coppens
Coordonnées complètes: cfr. article pages 16 et 17

Dossier bibliographique complet constitué à l'occasion du Congrès francophone européen " **Et les enfants, ça va... ?** :

- Relations parents/enfants-parents/bébés
- Evolution de la famille - transgénérationnel
- Enfance (divers)
- Echec scolaire et enseignement
- Périnatalité-bébé
- Maltraitance enfant
- L'enfant-roi / L'autorité parentale

Le Fil d'Ariane contact : Florence Labalestrier
60 rue de Veeweyde - 1070 Bruxelles
tél : 02 520 94 37 fax : 02 520 30 17
e-mail : fil.ariane@equipe.be
site : <http://www.equipe.be/Ariane.htm>

Parmi les nouveautés trouvées sur le net - PARENTS, PÈRE, MÈRE / ENFANTS / FAMILLE:

- **Antigone : la parenté entre vie et mort**
BUTLER, Judith / E.P.E.L., 2003, 103 p. Livre
- **Contribution à l'étude de la relation père-fille. Le devenir de cette relation lors d'une recomposition familiale patricentrique**
PAPEIANS DE MORCHOVEN, Marie / 2003, 122 p. Mémoire
- **Dépression de vie, dépression de mort. Les paliers de la conflictualité dépressive chez l'enfant et ses parents**
PALACIO ESPASA, Francisco / MAGNENAT, Luc (Collabor.) / STRUBIN-RORDORF, Corinne (Collabor.) / QUINODOZ, Danielle(Préface) / QUINODOZ, Jean-Michel(Préface) / Erès, 2003, 232 p. Livre
- **Père. Figures et réalité (Le)**
COLLECTIF / GUILLAUMIN, Jean(Dir.de public.) / ROGER, Guy(Dir. de public.) / BOKANOWSKI, Thierry / COMBE, Colette / DENIS, Paul / DUPARC, François / FAYOLLE-NOIRETERRE, Jean-Marie / GUILLAUMIN, Jean / JANIN, Claude / LECHARTIER-ATLAN, Chantal / ROGER, Guy / ROUSSILLON, René / L'Esprit du temps, 2003, 259 p. Livre

Le Centre de documentation du C.L.P.S.

contact: Mourad Benmerzouk
tél: 02 639 66 81 fax: 02 639 66 86
e-mail: clps.bxl@skynet.be
site: en construction

Sujets traités : Promotion de la santé, santé communautaire, soins de santé primaires, prévention, éducation pour la santé, santé mentale, épidémiologie, environnement, les politiques de santé, ...

Psymages contact : Martine Lombaers
vous donne accès aux informations sur les productions audiovisuelles francophones en Santé Mentale
Rue de Veeweyde, 60 B-1070 Bruxelles
tel/fax : 32-2-534 55 29
e-mail : psymages@skynet.be
site: <http://www.psymages.be>

77 films sur l'enfance triés du plus récent au plus ancien. Quelques exemples trouvés sur le site parmi les plus récents :

- **POUVOIR DU LANGAGE ET REUSSITE CHEZ L'ENFANT** - Un entretien avec Alain Bentolila
Réalisateurs : BOUVAREL Alain, MARTIN Richard
TREMBLAY Pierre Producteurs : CNASM Lorquin, CECOM HRDP Montréal - France Canada, 2003
- **LE METIER D'ELEVE** - Un entretien avec Jacques Constant
Réalisateurs : BOUVAREL Alain, MARTIN Richard, TREMBLAY Pierre Producteurs : CNASM Lorquin, CECOM HRDP Montréal Intervenant : CONSTANT J. France Canada, 2003
- **J'VAIS L'DIRE** - Les conflits des petits et leur gestion
Réalisateurs : REUMAUX Thierry, GAILLIOT Mélanie
Producteur : LA CATHODE Intervenant : PAHLAVAN Farzaneh
France, 2002
- **TIQUER: UN BESOIN IRRÉPRESSIBLE**
Producteurs : RTBF, BURGE Dominique
Réalisateur : RIVOALAN Gérard
Belgique, 2002
- **ETRE ET AVOIR**
Réalisateur : PHILIBERT Nicolas Producteurs : LES FILMS D'ICI, MAIA FILMS, ARTE FRANCE, CNDF
France, 2002

page 35

n°3

Mental

Quand la symbolisation fait défaut

Martine Vermeylen,
psychologue au S.S.M. Le Sas

Mots-clés

Symbolisation - identification - savoir inconscient - identification projective - identification adhésive - peau psychique - objet autistisé - objet incorporé - objet introjecté - transmission inconsciente.

Résumé

A partir de deux vignettes cliniques d'enfants d'origine étrangère et en difficulté de symbolisation dans le langage écrit et oral, l'histoire familiale permet de repérer les identifications des enfants à partir de la relation qu'ils établissent avec leurs objets primaires.

Une analyse de cet héritage inconscient se fait ici à partir du point de vue des enfants ce qui n'empêche que des identifications croisées et mutuelles se produisent entre parents et enfants qui pourraient être analysées ultérieurement dans le cadre d'entretiens familiaux psychanalytiques.

Introduction

Les troubles qui se manifestent chez les enfants d'origine étrangère et parlant plusieurs langues ne finissent pas de nous étonner lors de l'apprentissage de la langue parlée et du langage écrit.

Si nous lisons correctement ces difficultés, elles nous mettent en piste dans la découverte des modalités d'identifications souvent pathologiques dont souffrent ces enfants.

Le fait de diagnostiquer un trouble cognitif, de mesurer un quotient intellectuel ne nous permet pas de comprendre suffisamment les troubles symboliques qui bloquent non seulement les apprentissages de ces enfants mais aussi la construction de leur identité.

Les bilans multi-disciplinaires constituent certes des outils adéquats (neurologique, psychomoteur, intellectuel, logopédique et psychologique) mais c'est surtout l'anamnèse, la compréhension psychanalytique de l'histoire familiale mais aussi de la construction identitaire de chaque enfant à travers son histoire qui vont nous éclairer.

Par la construction de l'identité nous entendons la manière dont ces enfants établissent leurs relations aux objets et qui révèlent leurs mécanismes d'identification.

Une histoire de lecture

Ainsi A.... petite fille rwandaise de 8 ans s'échine depuis deux années à déchiffrer les lettres et les syllabes pour arriver à lire le mot. Rien n'y fait... et l'énerverment des adultes autour d'elle finit par la bloquer complètement. Elle est fâchée sur elle-même et s'auto-punit chaque fois qu'une hésitation vient embrouiller son esprit. Son désir est là pourtant, intact, d'arriver à lire correctement. " Elle oublie tout " soupire sa mère adoptive.

Il y a de quoi oublier, en effet. Son histoire est terrible, elle la connaît, elle sait que ses parents ont disparus au Rwanda mais cela effraie tellement ses parents adoptifs qu'ils ne veulent pas en parler. Le génocide est un mot tabou, il ne peut être prononcé. Un jour elle saura ce qui s'est passé, pourquoi et comment ses parents sont morts et des souvenirs pourront lui revenir en mémoire.

Actuellement celle-ci ne peut pas être réactivée, elle est quasiment obligée d'oublier, d'oublier qui elle est. La peur est présente dans la famille et la petite A. l'exprime en jouant avec la marionnette du loup qui est obligé de se cacher pour se faire oublier. Si la mort, la perte ne peuvent être évoquées, comment ce terrible secret va-t-il un jour être levé et de quelle manière? Comment retrouver une compréhension lorsque toute vérité lui est refusée? Et pourtant l'enfant sait, elle a un savoir inconscient dont elle ne peut parler, elle connaît son origine, une partie de son histoire, puisqu'elle peut expliquer com-

bien il est difficile d'apprendre avec des professeurs qui sont tous blancs alors qu'elle est la seule " noire " dans sa classe et qu'elle se sent la seule en échec .

J'ai beau expliquer aux parents comment ils pourraient l'aider à retrouver son histoire, son intelligence, mais la peur leur colle au ventre.

Il y a ceux qui savent et ne peuvent rien en dire et ceux qui ne doivent pas savoir pour être protégés par le silence. Il ne s'agit pas du même savoir...le savoir inconscient n'a rien à voir avec tout cela même si je suis persuadée qu'il existe.

L'enfant échoue lamentablement comme sa mère adoptive qui a vécu la même histoire qu'elle dans ce même pays qui a sacrifié sa jeunesse.

L'association entre le trouble de la mémoire et la mémoire de sa propre histoire finit par être significative : son corps parle pour elle, il nous révèle la difficulté de symboliser mais il n'a pas effacé pour autant le désir de s'en sortir. Quand l'émotion s'en mêle, tout s'embrouille...les lettres sont comme des traces de la survie, l'enfant s'y accroche. Elle veut lire, elle veut savoir et comprendre mais sans y parvenir totalement.

Comment pourrait-elle en effet être suffisamment " forte " pour contenir l'incohérence et la peur des survivants d'une histoire tellement effrayante ? Le symptôme vient au secours du désir inimaginable de pouvoir lire, au lieu de déchiffrer péniblement.

C'est en fin de compte encore le loup qui est le plus fort, il symbolise la mort et la férocité du monde pour elle. L'enfant se construit des modèles d'identification à partir des objets familiers et familiaux et de leur histoire. On peut ainsi découvrir comment se transmet la vie psychique chez cette fillette sur base de récits incomplets mais surtout de vécus traumatiques et de pertes d'objets.

Analyse

A défaut de symboliser à travers le langage écrit, c'est le vécu émotionnel, la mémoire du corps qui prend le dessus.

Les relations fantasmatiques que cet enfant entretient avec ses objets primaires nous permettent ici de repérer les mécanismes présents dans l'identification projective.

Trois pôles sont ici présents :

D'une part l'introjection qui consiste à intérioriser des états affectifs venant de l'objet (On pourrait se représenter ici des états émotionnels vécus par les parents géniteurs de l'enfant qu'ils ont vécus comme traumatisants et que l'enfant aurait intériorisé).

D'autre part le pôle de la projection qui consiste à se débarrasser d'un contenu mental perturbateur en le projetant sur des objets pour tenter de contrôler ce contenu. (On pourrait faire l'hypothèse que la fillette projette sur l'enchaînement des lettres et des mots les contenus effrayants dont elle veut se débarrasser).

Le troisième pôle constitue véritablement l'identification projective qui consiste à pénétrer à l'intérieur d'un objet pour le combattre ou le dégrader. La fillette projette alors sur l'écrit les parties menaçantes qu'elle a intériorisées par son expérience des objets primaires.

Mélanie KLEIN a développé ce concept à partir des observations qu'elle a faites sur les relations fantasmatiques entre l'enfant et le corps de sa mère.

Elle a décrit dans "A propos de l'identification " en 1955 la relation d'objet agressive où l'enfant expulse et projette à l'intérieur du corps fantasmatique de la mère les parties mauvaises chargées de haine, d'avidité et d'envie.

On sait aussi qu'en 1957 dans son essai "Envie et gratitude " elle décrit à propos de la schizophrénie les états confusionnels qui peuvent servir de défense contre l'envie et les pulsions destructrices.

Ce mécanisme fonctionne aussi pour les parties bonnes et idéalisées comme l'amour et la gratitude que l'enfant a intériorisé à partir des bons objets.

Je fais ici l'hypothèse que les parties mauvaises et persécutantes venant des objets primaires ont été revécues dans la relation transférentielle que l'enfant a établie avec sa thérapeute. Le risque de rivalité avec la mère adoptive constituait également une menace pour la poursuite de cette relation.

Lorsque le transfert vers la logopède s'est vraiment installé, l'enfant m'a demandé si j'allais l'abandonner moi aussi (comme ses parents géniteurs l'avaient fait auparavant), et si elle pourrait encore me voir de temps en temps.

Je pense qu'il faut tenir compte aussi de la difficulté des parents adoptifs qui ne permet pas de faire

l'économie de découvrir qui et où sont ses géniteurs et de comprendre ce qui leur est arrivé. L'histoire doit être apprivoisée pour être assumée. L'adoption est en effet une histoire difficile où l'on sait qu'il faut du temps pour apprivoiser les nouveaux accueillants.

Ceci se double de la difficulté de faire le deuil de ses parents morts et d'accepter de poursuivre la vie, malgré l'existence de loups intérieurs menaçants.

Cet enfant ira peut être dans une école d'enseignement spécial ?

En tout cas elle travaille encore beaucoup avec sa logopède pour tenter d'éviter cela.

Une histoire de langue

Une autre histoire m'interpelle sur les difficultés de symbolisation chez un enfant turc de 9 ans. Je le nommerai "G".

Lors d'une anamnèse, je demande aux parents combien de langues connaît leur enfant.

La compréhension est difficile, il n'y a pas de traducteur.

C'est l'enfant qui me répond par un geste : il me montre sa langue et m'indique le chiffre 1.

Merveilleuse réponse enfantine au bilinguisme imposé dans la famille et à l'école.

Un des troubles de symbolisation consiste à faire coller le mot à la chose : il n'en connaît qu'une de langue : la sienne, celle qui est dans sa bouche et que personne ne peut lui arracher.

Le collage est sa seule réponse rassurante, il doit donc toujours vérifier que rien ne lui manque, il a peur de toucher le corps de l'autre. S'il restait collé à l'autre comme avec sa mère ? Ce serait terrible car il pourrait en perdre la tête. Comme avec ce personnage de plasticine qu'il s'évertue à faire coller ensemble mais qui pourtant perd la tête aussi.

Il va falloir trouver un truc à piquer entre la tête et le corps du personnage pour faire tenir le personnage ensemble.

G. souffre de troubles compulsifs, à l'école il passe du temps à vérifier la fermeture des portes. Il n'ose pas serrer la main de quelqu'un.

Ses phrases sont chaotiques, les mots lui restent collés à la langue. Il parle lentement et articule bizarrement comme s'il ne pouvait oublier aucun mot.

En montrant sa langue, il s'est identifié à un morceau de corps et il devient cette langue qu'il n'arrive pas à parler correctement.

Un travail de symbolisation est entamé, qui permet à l'enfant de penser ce qui se passe entre les éléments séparés et l'ensemble qu'ils peuvent représenter.

G. va être obligé de trouver par lui-même ou avec mon aide des astuces ou des objets symboliques qui vont lui permettre de faire tenir ensemble les différents morceaux des personnages : il trouvera des morceaux bois ou fabriquera des bouts de pâtes pour faire tenir tous ces morceaux ensemble.

C'est surtout la tête qui est difficile à faire tenir. G. exprime son angoisse d'une tête qui se perdrait. Il mime cette action avec sa propre tête.

Pour les animaux, cela se complique car il y a non seulement la tête mais aussi la queue qu'il faut faire coller. A tout moment une crise est possible mais l'enfant reste calme grâce aux paroles échangées qui rassurent, nomment et délimitent les objets en cours de fabrication.

Le dessin sert aussi de support pour représenter les objets maternels primaires. Il dessine "les mèmès" de la sirène et cela le fait rire pendant qu'il en parle.

Les nommer sert de pare-excitation mais permet aussi de distinguer la petite sirène des autres personnages méchants qui tentent de l'agresser.

Analyse

Mon travail avec G. consiste à introduire de la différenciation tout en maintenant un pare-excitation par la constance du cadre thérapeutique et transitionnel.

L'utilisation de support comme la plasticine lui sert d'outil et de modèle pour fabriquer des objets qui "se ressemblent tout en étant différents", de ceux qui sont fabriqués par les autres, ici on pourrait parler du grand Autre au sens lacanien du terme : celui qui est utilisé pour ses propres identifications, celui qui est pris dans la vie fantasmatique de l'enfant et qui sert aussi de modèle pour cet enfant. Le jeu est d'une importance capitale : plutôt que de répondre à son exigence de fabriquer les objets à sa place ou pour lui, G. va accepter de s'engager corporellement en prenant pour modèle les personnages

fabriqués par sa thérapeute. La transition se fait entre le personnage fabriqué par lui-même et celui qui lui sert de modèle.

La toute-puissance n'est plus possible, le collage ne tient plus. Il va falloir trouver une autre manière d'entrer en relation avec l'Autre.

J'ai pensé aussi à une identification adhésive selon le terme utilisé par Esther BICK dans les années 70. L'expérience de la peau ou de tout objet qui soit contenant est essentiel pour les bébés et leur permet de maintenir l'illusion de l'unité perdue. Ce vécu est une question de survie dans l'état de non-intégration du premier âge et permettra d'investir de nouveaux objets et d'acquérir ainsi une identité narcissique par adhésivité. L'enfant a besoin de coller à cette chose qu'il n'arrive pas à parler. Son identité est encore indifférenciée. Il va lui falloir trouver une peau psychique suffisamment contenant pour lui permettre de décoller.

Cela n'est pas facile quand les parents tremblent, s'inquiètent et n'osent même pas lui refuser quelque chose de peur que l'enfant ne fasse une crise ?

Que pourrait-on penser d'eux comme parents ? Nous n'aborderons pas ici l'analyse des projections et identifications parentales.

En cédant à chaque fois, la peur s'incruste dans cette peau psychique qui relie l'enfant à ses premiers objets comme s'il s'agissait encore d'un nourrisson.

Didier ANZIEU a introduit cette notion de "moi-peau" en 1974, il y décrit une double couche : la première est ce pare-excitation qui obéit au principe de constance et la deuxième est la surface d'inscription qui obéit au principe de différenciation.

Le travail psychanalytique s'opère dans une certaine distanciation, un léger décollement entre les deux couches de son " moi-peau ". Ce décollement nécessite encore de l'adhésivité pour sauvegarder les deux principes de constance et de différenciation.

Pour réaliser ce travail psychique, l'enfant a encore besoin d'un espace bien délimité qui lui permet de distinguer le dedans et le dehors, un espace qui lui sert de protection par rapport aux excitations tant internes qu'externes.

Le cadre thérapeutique allie les deux principes de constance et de différenciation.

Dans cet espace, le travail psychique sert à contenir les différentes parties du corps qui étaient encore morcelées et qui vont pouvoir être reconstituées à la manière d'un puzzle.

On voit ici comment le concept de peau psychique sert l'enfant dans ses différentes identifications.

Conclusion

Dans le cas de G. on pourrait parler d'objets "autistisés" qui servent dans une identification adhésive vers ses tout premiers objets non encore différenciés.

Dans le cas de A. on parlera d'objets " incorporés" qui servent de base à l'identification projective.

On peut espérer qu'elle pourra travailler ses objets dans un lien d'abord symbiotique pour ensuite les intégrer et en faire son deuil comme c'est le cas dans l'identification introjective.

A défaut de symboliser, les enfants qui se trouvent dans des situations langagières pénibles à l'école ont recours à des objets particuliers qui leur permettent de s'identifier à ceux-ci et d'évoluer de l'adhésivité, à la projection puis à l'introjection.

Albert CICCONE a fort bien décrit dans son ouvrage "La transmission psychique inconsciente" (1999) comment celle-ci se réalise par les identifications infantiles qui évoluent dans une dimension de développement :

"D'abord le bébé adhère à des sensations (identification adhésive) puis il adhère à une forme, une surface tentant une invagination dans le but d'une intériorisation dans laquelle il reste collé à l'objet (passage de l'identification adhésive à l'identification projective) ;

puis, l'intériorité constituée, il pénètre l'objet, se l'approprie, l'inclut dans son espace, le traite ou le maltraite de différentes manières, dans un lien symbiotique marqué par une forte dépendance à l'objet (identifications projectives, préparant les identifications introjectives) ;

Lorsque la dépendance cède, l'objet peut être intégré, un travail de deuil est réalisé (identification introjective)... il faudrait ainsi parler non pas de l'identification projective mais des identifications projectives".

L'enfant hérite donc de transmissions inconscientes d'objets psychiques qui vont constituer des identifications qu'il aura à travailler pour exister et évoluer dans sa symbolisation.

Certaines transmissions traumatiques sont en échec et concernent des objets non symbolisés et incorporés,

qui sont à élaborer tant par les enfants que par les parents.

C'est le travail psychique du sujet héritier qui pourra peut être un jour infléchir la chaîne répétitive. Tout ce travail de symbolisation se réalise à partir du corps de l'enfant, il s'identifie à des objets autistiques, projetés, incorporés ou introjetés. Ceux-ci vont lui permettre de naître à la vie psychique grâce à ce travail d'élaboration.

Une analyse plus approfondie des relations transférentielles et des identifications parentales aurait pu être élaborée à partir de ces deux vignettes cliniques.

On aurait pu aussi développer l'analyse du manque et de l'échec dans l'histoire familiale de G., de même que l'analyse des fantasmes de transmission dans l'histoire familiale de A.

Nous avons seulement voulu illustrer dans notre clinique en service de santé mentale comment la symbolisation, lorsqu'elle fait défaut, peut s'élaborer à partir d'objets collés ou projetés dans l'analyse des identifications infantiles et ceci dans un contexte de transmission inconsciente.

mars 2004

Bibliographie

KLEIN M. (1955), A propos de l'identification, traduction française in *Envie et gratitude et autres essais* (1957), Paris, édition Gallimard, 1968, p.140-147.

Dans *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale* sous la direction de CAILLOT J.P., DECOBERT S., et PIGOTT Cl., Paris, édition du coll. de psych. group. et fam., 1968

- HAAG G. Identification adhésive, identité adhésive, adhésivité p.125-132.

- ANZIEU D. peau psychique p.219-222.

CICCONA A., *La transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod, 1999, p.59-60

Les midis du Sas

Trajets de vie

3 conférences débats
co-organisées en 2003-2004
par le S.S.M. « Le Sas » - Evere
et « Anthropos », association d'anthropologie

Les deux premières rencontres ont déjà eu lieu... Leurs thématiques :
« Deuil et solidarité : accompagner les mourants » et « Le corps comme texte politique ».

La troisième et dernière de ces rencontres

« Santé mentale et pratique avec les réfugiés »

aura lieu le 14 mai 2004 de 11h.00 à 13h.00

Orateur : A. Vanoeteren, psychologue (Ulysse asbl)

Discutants : G. Wendelsky, psychologue, anthropologue (Culture et Santé/Promosanté)

Le débat sera animé par P. Smet, psychanalyste (S.S.M. Le Sas)

Lieu : S.S.M. Le Sas, 85 rue de la Marne à 1140 Evere (tram 55, Bus 54, arrêt paix)

Entrée : 5 € - sandwiches sur réservation

Inscription et renseignements : 02 242 07 63

Le secret professionnel partagé : à quelles conditions ?

Patricia Laloire
psychologue au S.S.M. Le Grès

Je choisis d'introduire cette réflexion en m'appuyant sur la brochure éditée par le Conseil d'arrondissement de l'aide à la jeunesse (CAAJ) de Bruxelles dans le cadre d'un projet de prévention générale intitulé : "Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration." ¹

Ce groupe de travail souligne combien "le secret professionnel non partageable est une obligation, et qu'il ne peut être partagé qu'à certaines conditions assez contraignantes".²

Parallèlement, depuis plusieurs années, à l'initiative des groupes de coordination adolescence et enfance en Santé mentale, se tiennent au Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) des réunions de travail rassemblant des intervenants du SAJ de Bruxelles, et des cliniciens de Services de Santé Mentale (SSM). Les questions du secret professionnel partagé, du parcours de la demande et du risque avec les familles dites maltraitantes y sont récurrentes.

Mon expérience en Service de Santé Mentale³, au sein d'une équipe de secteur qui travaille avec des enfants et leur famille, me conduit aujourd'hui à témoigner de quelques repères dans la pratique quotidienne de collaboration avec le réseau social qui gravite autour des familles.

A quelles conditions et dans quel but, partager ou ne pas partager le secret professionnel lors de la rencontre de familles envoyées par le SAJ souvent inquiet devant le fonctionnement chaotique de la famille et la répétition de passages à l'acte?

J'ai choisi d'aborder la question du secret professionnel partagé, premièrement avec mes partenaires directs de travail constituant l'équipe-enfant d'un service de santé mentale, et deuxièmement avec des partenaires extérieurs, intervenants psycho-sociaux engagés dans la collaboration de travail avec la famille.

Ma formation de psychologue clinicienne s'appuie sur les repères et l'éthique de la psychanalyse selon Freud et Lacan.

Le secret professionnel partagé au sein de l'équipe.

Mon expérience dans les cas de maltraitance ou d'abus m'a appris que le retour et la réflexion en équipe à propos d'un cas peuvent avoir un effet d'ajustement de la position du thérapeute.

L'équipe peut être dans un premier temps réceptacle de l'angoisse, liée à la violence d'une situation clinique qui draine le plus souvent, dans ces cas-là, un premier temps de sidération et d'impensable.

Le temps du retour en équipe peut être le creuset de la remise en route et de l'élaboration de la pensée du thérapeute, pour autant que cette équipe puisse ramener les dires du patient comme orientant la réflexion et contenir, voire désamorcer les effets imaginaires souvent dus au vouloir le bien de l'autre, sous les auspices de l'idéal thérapeutique.

La famille dite abusive ou maltraitante se construit souvent dans l'indifférenciation entre les sexes, entre les générations, génératrice de passages à l'acte déniés. Il peut y avoir alors comme une transfusion de l'angoisse familiale non reconnue au travailleur qui tentera d'élaborer une stratégie de défense pour échapper à ce climat perçu imaginativement comme incestueux ou meurtrier.

Souvent, dans un premier temps, et par exemple, dans les suivis où plusieurs thérapeutes sont interpellés pour différents membres de la famille, on se retrouvera comme englué dans l'indifférenciation entre travailleurs. Chacun se retrouve pris dans un sentiment d'impuissance face au fait que rien ne tient, que la parole n'a pas d'effet, voire qu'on est au bord de la rupture du travail, et qu'il y a un "monstre" à l'affût qu'il faudrait pouvoir débusquer.



Il faut ajouter que la vigilance protectionnelle de rigueur vient parfois renforcer ce sentiment d'angoisse, corollaire d'une précipitation à répondre.

Ainsi, par rapport à ces familles, le thérapeute est souvent pris, au début et à certains moments du suivi, dans la jouissance diffuse de la famille qui fait loi et imprègne la séance d'une difficulté, voire d'un interdit de dire.

Cette jouissance peut donc faire retour dans ce qu'en traduit le thérapeute à l'équipe et se manifester sous les différentes figures de l'impuissance ou de son corollaire la maîtrise, de la fascination, de l'acharnement thérapeutique, ou encore dans les énoncés teintés de jugements de valeur.

Ne méconnaissons pas les effets ravageurs qui peuvent atteindre l'équipe en butte aux mêmes pièges imaginaires liés aux limites de la prise dans le symbolique de ces familles. Certaines familles viennent mettre à vif les fragilités d'une équipe, interroger ses fondements de travail, son idéal thérapeutique. L'équipe doit alors procéder au délestage de ses étayages imaginaires souvent conflictuels, de la rivalité plus ou moins masquée entre confrères, voire même avec la famille, et retrouver sa fonction tierce.

Cette fonction tierce peut se définir comme une fonction d'extériorité qui permet l'accueil du pire et soutient la légitimité de la mise au travail du sujet en impasse, pris dans les modalités particulières de son rapport à la jouissance. Fonction d'extériorité qui aura son impact dans le travail avec la famille, si l'on soutient aussi que tout n'est pas à dire en équipe. D'introduire de la non transparence dans ce qui nous est transmis par la famille, là où il y a non-différenciation entre les sexes et les générations, peut être une nécessaire coupure entre travailleurs qui s'occupent d'une même famille.

Comme partenaire dans une équipe, chacun est responsable, dans la non-connivence, dans le respect et la rigueur, de soutenir un champ possible pour l'acte d'énonciation du sujet, c'est-à-dire pour son consentement à la perte de jouissance du fait d'être parlant.

L'exposé d'un "nouveau cas" en réunion d'équipe est souvent concomitant des premiers temps de la rencontre avec la famille. Ce premier "temps du regard" tend souvent à ordonner, au travers de la collecte d'informations, une première reconstruction des dires de la famille et d'un enfant dans leurs séquences chronologiques et dynamiques et ce, particulièrement dans les familles chaotiques.

On ne peut faire l'économie de ce temps-là.

Tout légitimement, le travailleur cherche à "comprendre", à remettre du sens et ce d'autant plus qu'il y a eu court-circuit par rapport à la pensée dans ce qu'on peut identifier comme un passage à l'acte dans la famille.

A ce moment-là, le réel du corps a fait irruption, intrusion et a désorganisé tous les repères symboliques. Le travail de parole au sein de l'équipe peut aider à mettre en évidence des repères dans les coordonnées signifiantes, historiques et dynamiques particulières à chaque famille et permettre d'élaborer des tactiques de différenciation qui visent à renommer les différents temps et lieux d'adresse. Ce travail de nomination et de balisage d'un espace de parole pour la famille et ses différents membres peut prendre plusieurs séances. Il me semble toujours corrélatif de ce premier temps du regard.

Dans cet "instant de voir"⁴, on n'en est pas encore au temps de repérer la causalité qui sous-tend cette dynamique. De vouloir la déployer en hypothèses, dans le temps d'une réunion dite de synthèse, par exemple, entraîne le risque de se déplacer de manière abusive dans le champ du savoir inconscient particulier au sujet. Il y a donc, me semble-t-il, à suspendre le "temps de comprendre", au temps du déploiement du discours inconscient du patient dans les entretiens.

A quoi doit donc s'articuler le secret professionnel partagé en équipe, jusqu'où, et pour quelle fin? Autrement dit, comment le travail en équipe peut-il servir de cadre dans le déploiement du discours d'un patient?

Dans une optique analytique, le cadre permet qu'une parole adressée dans le transfert soit possible, c'est-à-dire que le thérapeute puisse soutenir l'énonciation du patient, de par sa position, de par son acte articulé à ce qu'on appelle le désir de l'analyste.⁵

C'est au thérapeute, de sa place dans le transfert, à prendre la responsabilité de ses actes, de soutenir une adresse pour le patient, un champ pour une parole qui prenne acte de l'interdit et de l'impossible.

Envisageons la question du secret professionnel partagé avec le réseau des intervenants sociaux de la famille, et plus particulièrement au travers de la collaboration avec le SAJ.

Toute demande venant du SAJ est d'abord traitée sous l'angle : quelles sont la demande et les limites du cadre du SAJ dans le suivi demandé? Quel est le mandat qu'il veut nous confier? Cela entre-t-il dans notre mandat SSM? Quelles sont nos possibilités de champ de travail, quels sont et seront les partenaires de cette famille?

Au fond, comment se constituer comme adresse du déploiement d'une demande, et pour qui?

Si, dans le respect de l'éthique analytique, nous choisissons d'orienter notre intervention par rapport à la mise au travail du sujet, qu'il soit enfant ou parent, comment collaborer entre intervenants? Autrement dit, si la collaboration est à envisager comme une concertation au service de la logique psychique du sujet, comment se transmettre des orientations de travail qui soient au service du cheminement par le patient? Faut-il nécessairement le faire en sa présence?

Ex : Mme et son fils de 10 ans nous sont envoyés dans le cadre d'une évaluation par le SAJ. Comment envisager l'avenir de Abraham, chez sa mère, dans le home où il réside ou dans un autre home, telle est leur question?

Nous arrivons dans une situation où le corps à corps avec le home actuel de l'enfant est massif. L'institution mise à mal par l'enfant et la mère a pris comme arme de défense son idéal thérapeutique. Elle tente de réaliser à tous prix la sauvegarde de la vie psychique de l'enfant, et ce à renfort de séances thérapeutiques enfant, mère-enfant, sans même que l'insupportable d'une violence agie en séance ne vienne faire arrêt.

Nous avons choisi d'écouter la maman et son fils.

Repérant, lors de la réunion de formalisation avec le conseiller du SAJ, la rivalité des deux camps en présence, et la fixité des discours certains de leur bon droit, nous avons choisi de ne pas collaborer avec le home, n'accordant qu'une écoute courtoise à son discours. En fait, à l'insu dirions-nous de l'institution, son idéal s'était transformé en acharnement féroce. Il s'agissait donc de trouver cet idéal pour faire place à l'énonciation de la mère et de l'enfant. Le choix de ne pas les rencontrer, sauf à la demande de la mère, a-t'il été opérant, ou n'a-t'il été qu'une manœuvre d'évitement de la dualité mère-institution?

L'histoire nous apprendra que ce choix va aider la mère à construire son transfert vis-à-vis de nous; transfert non contaminé par le savoir, c'est-à-dire par les informations que nous aurions pu tirer d'une collaboration avec l'institution perçue à certains moments comme la mettant en danger dans ses compétences de mère, voire la persécutant.

Cependant au cours du travail, nous rencontrerons une éducatrice de l'institution à la demande de la mère, qui voulait comprendre pourquoi cette éducatrice avait porté plainte contre son fils qui l'avait frappée. Avec l'accord de la mère et afin d'éviter que cette rencontre n'ait un effet ravageur, nous avons eu une discussion au préalable au téléphone avec cette éducatrice, pour comprendre les tenants et aboutissants de son acte peu banal. L'éducatrice avait décidé, en son nom propre, de porter plainte pour coups auprès de la police, arguant du fait que l'institution, telle qu'elle fonctionnait actuellement, cautionnait par son silence de tels faits, et qu'elle pensait avoir le droit d'être protégée de la violence en y mettant arrêt par sa déclaration à un tiers, représentant de la loi.

Cette rencontre eut un effet tout à fait apaisant pour la mère, elle-même soumise à un corps-à-corps violent avec son fils.

Ex : dans l'exemple suivant, on peut se poser la question de savoir s'il y avait des raisons pour entendre par téléphone longuement la déléguée avant la première réunion de formalisation au SAJ, temps de la première rencontre avec la famille et du déploiement de la demande?

La réalité de la mort pesait de tout son poids dans l'appel téléphonique de la déléguée, avec son avant-plan de fascination. La maman de Sonia était morte peu auparavant dans un contexte, pourrait-on dire, de maltraitance : elle se droguait, buvait, et dans une bagarre avec son compagnon, elle avait pris un cocktail de médicaments pour combattre l'angoisse et avait fui son domicile. Son corps n'avait pas supporté ces mises à mal, elle avait fait un arrêt cardiaque suivi d'un coma dont elle ne s'était pas réveillée.

Ce temps d'écoute de la déléguée a suffisamment permis de dégonfler l'imaginaire lié à cette mort violente voire meurtrière, pour pouvoir construire ensemble le cadre du partenariat, tant familial que professionnel, de la première réunion de concertation au SAJ.

Dans cette prise de contact, préliminaire à la rencontre avec la famille, il y a eu nécessité de délester de ce poids un tant soit peu le champ de l'écoute des intervenants sociaux, désarmés devant la violence et la dépression liées au deuil de cette famille.

Ce temps de travail n'est pas toujours indiqué, ni nécessaire. Il me semble plus facile de rencontrer une famille sans information préalable.

Que vise le secret professionnel partagé, dans une optique de travail analytique?

Penser que les symptômes, les passages à l'acte sont articulés dans une logique subjective inconsciente, qui ne peut se déplier, qu'au cas par cas, et en respectant la temporalité particulière du sujet, c'est proposer aux intervenants une perspective de travail qui doit se faire l'alliée du temps pour parier sur la responsabilité du sujet. Responsabilité dans ce qui lui arrive, dans ce qui cause sa prise inconsciente dans sa souffrance et ses conflits et donc dans ce qu'il peut désirer décider d'en changer.

Bien sûr, si tout homme peut être d'accord avec le fait qu'il souffre, le plus souvent énoncé sous la forme qu'on le fait souffrir, ce n'est pas pour cela qu'il voudra nécessairement chercher à savoir la cause inconsciente de sa souffrance, c'est souvent même le contraire : il tiendra le plus souvent à son "ne pas vouloir savoir". Répétition et pulsion de mort, comme nous l'a appris Freud, sont immanentes au conflit psychique.

Que faire de cette souffrance avec son insu de savoir, voire sa résistance au savoir inconscient?

Qu'en faire dans un contexte d'aide psychosociale où le mandat du SAJ ne tient qu'au consentement du sujet à trouver des solutions à ce qui lui arrive?

Qu'en faire dans un contexte d'aide, de mandat protectionnel où les solutions proposées sont souvent suggérées au nom du bien des enfants?

Je fais le pari que le SAJ, dans les réponses qu'il propose, en ouvrant aux familles la porte d'un S.S.M., met un temps de suspens à toutes réponses "normatives" du social, pour tenter que la réponse, que les questions prennent le temps de se déployer dans le champ et le temps particulier de chaque sujet.

Je construis une collaboration, un partenariat avec le SAJ, pour pouvoir me faire partenaire de sujets enfants, parents, au travail.

Ce partenariat repose sur une relation de confiance mutuelle avec les intervenants psycho-sociaux, construite dans le respect des fonctions différentes vis-à-vis de la famille.

Ce partenariat repose aussi sur un minimum d'élaboration commune relative à la position d'énonciation du patient.

Le but de cette élaboration n'est pas de comprendre le sujet par une multiplication d'informations à son propos. Il est cependant nécessaire de baliser le champ de travail articulé aux mandats différents, afin que le sujet puisse y prendre place et y être accueilli dans sa langue : expression métaphorique qui renvoie à la prise en compte de tous les balbutiements, allers-retours, oublis, manipulations entre guillemets, passages à l'acte, comme tentatives du sujet de constituer une adresse pour se faire entendre et se sentir ainsi reconnu dans chaque relation transférentielle singulière.

Repérer la position d'énonciation d'un sujet en souffrance permet d'être plus attentif à comment lui adresser un message qu'il puisse entendre.

Ex : Lors d'une réunion de formalisation, tous autour de la table avions affaire au silence de l'enfant qui se dressait petit à petit en forteresse face à ce que l'on tentait de mettre en place pour lui, c'est-à-dire un avis médico-psychologique quant à son placement en institution.

Ce jeune garçon de 10 ans était recroquevillé en boule dans son silence.

Seul un papier qu'il avait sorti de sa poche mordait sur l'espace de mon regard entre lui et le conseiller; je rends présent ce papier par la parole. Cela a eu pour effet de soutenir ce garçon dans son adresse au conseiller auquel il montrât son diplôme de flamand, langue parlée par le père, et dont personne ne parlait.

Père SDF, dont la mère et lui retrouveront des mois plus tard l'adresse à un moment de crise grave.

Ils l'amèneront en consultation pour qu'il donne son accord pour le placement de son fils en hôpital psychiatrique.

Le conseiller du SAJ relaiera cet acte de consentement du père à ce que son fils se fasse soigner, pour réaliser le placement sous l'autorité du SAJ qui supportera ainsi les effets liés à la décision de placement, autrefois ravageurs pour la mère et l'enfant.

Dans une optique de travail analytique, il est important de veiller à mettre en place les conditions pour pouvoir être partenaire à plusieurs de l'énonciation du sujet.

Choisir comme psychologue dans un SSM d'être présent à une réunion de formalisation au SAJ, c'est prendre place dans un processus de concertation avec le sujet, à partir de la logique psychique du sujet, en faisant le pari sur les effets d'énonciation du sujet.

Cette concertation qui fait le pari sur le consentement du sujet à mettre au travail ce qui fait impasse inconsciente dans sa vie, ne se met pas en place à n'importe quelles conditions de collaboration avec le réseau psycho-social. Chaque intervenant, de la place qu'il a dans le social qui définit son champ de responsabilité, peut ou pas faire ce pari d'accorder au sujet le temps nécessaire à ce que son consentement, son engagement dans ce processus de parole puissent avoir un effet d'arrêt de la répétition mortifère de ses symptômes ou passages à l'acte.

En réunion de formalisation au SAJ, le conseiller prenant appui sur le consentement de la famille à ce travail d'élaboration psychique de ses difficultés peut proposer la mise en place d'un accompagnement en SSM. Il est alors convenu, avec le psychologue présent à cette réunion, des modalités de collaboration entre le SSM, le SAJ et la famille, et particulièrement quant à l'obligation du secret professionnel, c'est-à-dire du non partage d'information en dehors de la présence de la famille et de son accord.

Il est ainsi clairement convenu, à cette réunion de formalisation, qu'aucun rapport écrit ne sera échangé entre travailleurs.

La transmission orale d'informations utiles au patient, c'est-à-dire subordonnées à son élaboration dans ses différents espaces de parole, dans ses liens de confiance différenciés est, à chaque fois, à décider avec rigueur. C'est souvent un travail de renoncement difficile qui implique de mettre la barre sur son propre désir de savoir à propos du patient.

Condition qui permet au sujet cette ouverture à son savoir inconscient, le secret professionnel non partagé peut offrir un espace et un temps où le sujet pourra faire l'expérience qu'il n'y a aucun savoir du social qui viendra conclure à sa place.

mars 2003

1. Secret Professionnel. Le droit de se taire face à l'obligation de collaboration. Séminaire d'éthique et de déontologie de l'aide à la jeunesse. Publié par le Ministère de la Communauté française, en septembre 2002. Bruxelles.
2. Cette remarque renvoie au condensé de rapport de synthèse du séminaire : "Repères pour le secret professionnel non-partagé dans le travail social." Il est également publié par le CAAJ.
3. Je travaille comme psychologue au Service de santé mentale "Le Grès" à Auderghem.
4. Ce terme fait référence à la conception du temps que Jacques Lacan présente dans son article de 1945 : "Le Temps logique et l'assertion de certitude anticipée" in "Les Ecrits". Seuil, 1966. PP 197-213
5. Moustapha Safouan : "Dix conférences de psychanalyse" Fayard, France, 2001, pp 133-141 : "De l'acte analytique".

page 45

n°3

Mental

Info / Annonce

Le Service de Santé Mentale "Le Chien Vert"

a le plaisir d'annoncer l'organisation de deux colloques à Bruxelles en 2004

**"Médiation et santé mentale :
Sens et enjeux d'une telle rencontre"**
Le 24 septembre 2004

"Quel cadre, quelle psychothérapie pour demain ?"
Colloque organisé à l'occasion de son XXVème anniversaire
Le 26 novembre 2004

Pour tout renseignement : S.S.M. « Le Chien Vert » tél 02 762 58 15

L'expérience de la santé mentale au service de la clinique périnatale à l'hôpital général

Pascale Gustin

psychologue,

S.S.M. "Le Chien-Vert

Clinique de l'Europe-Site Ste-Elisabeth

Les cliniciens séduits par les bébés

Ces dernières années, des cliniciens se sont passionnés pour les questions relatives aux troubles liés à la grossesse et à la périnatalité. Au début des années 90, j'ai moi-même commencé à collaborer avec une équipe hospitalière du Hainaut alors que j'exerçais déjà en service de santé mentale à Bruxelles. Les travaux de Dolto, Winnicott, Raimbaud, Mannoni, Lebovici, Eliacheff, Stern m'ont alors guidée dans cette entreprise.

Le souci d'intervenir en amont m'animait car l'anamnèse des enfants adressés en consultation psychothérapeutique révélait très souvent des situations nouées dès la naissance, des vécus traumatiques, des expériences précoces de séparation non symbolisées, des relations vitales engagées sous le signe du déplaisir, de la douleur ou de la mort.

Travailler avec des futurs parents, avec des bébés, avec des obstétriciens et pédiatres semblait s'inscrire dans un moment propice aux remaniements fantasmatiques, où l'expérience première de la rencontre avec l'Autre est en jeu et où l'on assiste aux prémices de la constitution de l'appareil psychique d'un nouveau sujet. J'étais également interpellée par la relative indifférence manifestée par certains cliniciens d'adulte à l'égard du bébé à naître de leur patiente déprimée ou psychotique ; les soins précoces étaient rarement envisagés durant la grossesse, le traitement psychiatrique souvent interrompu et le suivi médical de la grossesse chaotique. Dans les cas de diagnostic tardif du handicap, des parents disaient leur sentiment d'avoir perdu un précieux temps dans l'action précoce, faute que leur inquiétude ait été entendue par le pédiatre. Tout ceci alimenta mon désir de travailler avec des médecins et leur équipe *au moment où cela se passe*.

De suite, je fus étonnée des situations problématiques complexes rencontrées à l'hôpital et je me demandai pourquoi elles n'avaient pas fait l'objet de demandes adressées en centre de santé mentale.

Je découvris alors combien les équipes médicales connaissaient peu les ressources extra-hospitalières et combien les équipes ambulatoires montraient peu d'intérêt à se déplacer vers l'hôpital. Il y avait bien eu des envois à des thérapeutes extérieurs mais ils semblaient ne pouvoir que rater : sans doute parce que les points d'appels de souffrance étaient adressés prioritairement dans le champ médical, sans doute parce qu'il manquait d'un contact physique des pys avec le milieu hospitalier. Que se passait-il alors ? Les choses semblaient traitées dans l'immédiateté de la demande et sur le modèle de l'urgence médicale. Les situations chroniques et embarrassantes avaient néanmoins amené les équipes à demander un psy, lorsqu'elles se sentaient mobilisées tout en étant en panne. Ces situations me semblaient relever d'un travail d'équipe et je me mis à occuper cette place avec le modèle de la psychiatrie de secteur en tête, dans l'héritage de ma pratique en santé mentale et de la pensée systémique.

Mon expérience s'est ensuite étendue à un hôpital bruxellois et j'ai pu partager mon expérience avec d'autres collègues travaillant en différents lieux. En effet, depuis lors, les collaborations avec un psy ont vu le jour dans la plupart des hôpitaux généraux, en pédiatrie, néonatalogie et maternité.

La demande des médecins a été croissante, rencontrant notre désir de travailler dans le champ médical. La littérature française (Mathelin, Golse, Laznick, Missonnier) a fleuri sur le sujet et de multiples rencontres scientifiques y sont consacrées. En Belgique, les collaborations se sont bâties selon le terrain institutionnel singulier de chaque service, souvent sur fonds propres des médecins, sans place ni statut très clair pour le psy mais toujours au départ de sa rencontre avec un médecin et de leur désir de travailler ensemble.

Ayant lu l'avis rendu par le CNEH relatif à l'exercice de la psychologie clinique à l'hôpital général sur le

modèle d'une psychiatrie de liaison et ayant entendu parler du projet de repérage des situations à risque en périnatalité, j'ai voulu témoigner de cette expérience de *psy à l'hôpital général*, telle qu'elle s'est *bricolée* à Bruxelles et en Province.

Que nous enseigne l'expérience partagée de ces cliniciens à propos de la référence à la psychanalyse, de l'enseignement tiré de la culture psychopathologique, de l'expérience du maniement transférentiel et du travail en équipe ? Comment garder vivante cette pratique ? Face à ces projets visant à développer la présence psy en périnatalité, on peut se demander s'il est indiqué de l'instituer selon un canevas pré-déterminé et si le repérage des situations à risque relève vraiment de la prévention ?

Cinq vignettes cliniques en guise d'illustration

Arrivée avec le Samu, Léa présente des migraines affolantes et n'y voit plus rien.

Le pédiatre met en route l'arsenal diagnostic tout en me demandant de passer car elle est intriguée de voir la mère et sa fille de 7 ans collées dans le même lit.

Mme me dit : « *Je ne serais plus rien sans ma fille, s'il lui arrivait quelque chose, c'en serait fini de moi* ». A quoi répond Léa : « *S'il t'arrive quelque chose, je serai morte. Quand je serai divorcée, j'irai vivre avec mon bébé chez maman* ».

Je m'étonne. Mme raconte comment elle-même a été battue in utero par son père avant d'être abandonnée. Et Léa de ponctuer « *Beurk, les hommes !* ». Dans le suspens de la parole que cette exclamation suscite, sa mère et moi la regardons. Léa ne peut supporter ce double regard.

Sur ce, sa mère d'associer l'importance « *d'avoir à portée du regard sa fille aux cheveux blonds et yeux clairs car elle a tenu son premier enfant, un fils mort, comme cela, d'un seul coup dans ses bras, elle veut y voir clair, elle a besoin de voir sa fille* ». C'est pourquoi, elle va voir sa fille en cachette lorsque celle-ci est en droit de visite chez son père. Or, nous sommes vendredi, veille d'un week-end où Léa part quelques jours à la côte avec son papa, ce qui privera Mme de sa rituelle et nécessaire visite secrète.

Manon m'est adressée, à sept mois de grossesse, par son gynécologue. Il craint pour son équilibre psychique, qu'elle rentre en dépression, comme après son premier accouchement. Elle dit avoir subi un choc qui la tétanise et craint le pire pour son bébé : « *Que je le contamine avec mes pensées personnelles, qu'il en soit physiquement affecté* » car « *je viens de perdre mon premier enfant, cela m'a rendue folle, jamais je ne me pardonnerai de ne pas avoir été là quand il fallait* ».

Cette aînée âgée de 3 ans, a échappé récemment à la vigilance de sa mère à un moment où, du fait de sa grossesse, Manon s'était absentée en pensées de sa fille, tout à son investissement pour son second enfant. L'enfant avait littéralement disparu et fût retrouvée quelques heures plus tard en parfaite santé. Mais soudain, c'était toute la rivalité de Manon à l'égard de son frère puîné qui trouvait dans cet événement une caisse de résonance. De perte, il était aussi question au travers du fourvoiement professionnel lié au choix d'avoir deux enfants, de la perte de son pays d'origine et de sa famille au moment des deux naissances.

Un médecin appelé pour un accouchement avec décollement placentaire me glisse dans le couloir : « *Celui-là, s'il lui arrive quelque chose, je rends mon tablier, trop c'est trop* ». Elle a connu plusieurs décès de bébé en peu de temps, trop à métaboliser.

Un autre enfant se meurt, étouffé par ses sécrétions, les soignants sont là autour et ne peuvent plus « *rien faire* ». Mais, est-ce *rien faire* que de parvenir à rester présent jusqu'au bout ? Comment être, tout simplement en cette circonstance ?

Deux jumelles de 2 mois hospitalisées avec leur mère parce que l'une est déshydratée. Un malaise gagne les infirmières car le bébé bien portant est laissé au lit toute la journée sans être alimenté par « *une maman trop sombre* ». « *Marie ? Elle ne demande rien, ne pleure pas, elle n'a pas faim !* » dit la maman. L'heure du biberon vient. Comme je me propose de rester (faisant un peu intrusion mais déterminée à partager ce moment avec elle), elle me demande de prendre l'enfant pour la lui donner. La raideur et la fixité du regard de Marie me surprennent alors.

Elle me demande de donner le biberon à sa place, invitation que je décline mais pour laquelle j'appelle une infirmière. Celle-ci sent mon insistance et abandonne toute tâche urgente pour m'accompagner.

Nous sommes présentes, attentives à ce nourrissage où Marie ne cesse de jeter son regard au plafond

refusant tout échange visuel, cabrée sur une colonne vertébrale d'acier.

Nous éprouvons alors le désarroi vécu depuis plusieurs jours par la maman et dont elle n'a pas osé dire mot. L'inquiétude de l'infirmière, perçue par la maman, lui permet de parler de ce qu'elle vit au contact de ce bébé qui semble se refuser à entrer dans le jeu de la demande.

Une fonction symbolisante,

Ces situations montrent que ces soignants, par l'adresse qu'ils font au psy, ont repéré l'urgence qu'il y a à symboliser pour leur patient bien qu'ils ne sachent pas comment s'y prendre par eux-mêmes. Pour Léa et Manon, il y a urgence à symboliser quelque chose de la perte, de la séparation non faite, ou d'un désir de mort.

Pour les soignants, il y a urgence à mettre au travail le rapport à l'impuissance, à la mort, à l'étrangeté, au risque de folie.

Mais comment *attraper* ce qui est en jeu ? Comment *bien dire* dans l'instantané d'une rencontre qui sera parfois la seule ? Comment remettre en chantier, avec ceux qui le souhaitent, les situations vécues ensemble pour les digérer, les élaborer dans l'après-coup de l'action ?

Il s'agit souvent de faire circuler la parole autour de ce qui est perdu, en lien avec la complexité des situations, l'accélération et le morcellement des tâches et l'insupportabilité croissante de la technique. Soutenir ce lieu de parole se fait souvent dans l'entre-deux, dans des lieux informels, dans *l'interstice*, en soulevant le voile auprès des équipes sur notre travail, de manière à faire entendre notre spécificité, sans empiéter sur les décisions médicales.

Entre culture médicale et culture analytique ; le cheval de Troie

Lors de la récente journée de la Waimh à Lille, la présence du psy était évoquée comme présence d'un corps étranger sur un terrain immunitaire, toujours prêt au rejet.

L'absence de culture médicale des psy, leur isolement, le décalage dans les rythmes de travail, dans leurs exigences par rapport à la réalité médicale, la difficulté de prise de parole dans ce milieu, le peu de temps des médecins ou leur absence d'intérêt, la difficulté dans la continuité des soins étaient autant de facteurs cités par Molenat comme source de tension.

Effectivement, des tensions existent. Et, cela semble ne fonctionner que si le psy est présent dans le service de manière assez régulière de façon à en partager l'histoire médicale. Cela ne fonctionne que si le psy s'appuie sur son propre désir de tenir cette place symbolisante, en assumant la part de solitude et la précarité de statut que cette fonction comporte et sans se poser en seul expert de la parole. Car, à l'hôpital, le psy n'est pas chez lui. Il y est invité. Et si il est dans la place, c'est un peu à l'image du Cheval de Troie. Cela renvoie nécessairement à l'intérêt d'au moins un médecin pour l'approche psychodynamique et cela repose sur l'existence d'un transfert de travail entre ces deux praticiens

Transfert du transfert et transfert diffracté

Ce lien entre le médecin et le psy est central dans la dynamique du transfert. C'est en s'appuyant sur lui que le médecin peut ouvrir à son patient la porte d'une interrogation sur la scène psychanalytique.

C'est en veillant à respecter cette relation thérapeutique première (celle du médecin à son patient) tout en balisant correctement son action dans le champ de la parole et de l'écoute, que le psy peut maintenir cette porte ouverte, le temps nécessaire. Le *mi-dire* entre les deux thérapeutes paraît fondamental pour le patient. Il s'agit de savoir que « ces deux-là » se parlent et se respectent. Toute la difficulté est bien là. Ce lien croise l'intérêt partagé des deux praticiens : celui du somaticien pour les éléments psychodynamiques qui traversent ou contribuent à la maladie et celui du psy pour les éléments organiques et biologiques qui scellent la psyché au corps de l'enfant.

L'un et l'autre *manquent* d'un savoir, d'une compétence, d'une écoute que l'autre peut lui porter.

Ceci est la clef du *transfert du transfert* qui a été la base des triangulations réalisées en psychiatrie adulte : une personne du service de santé mentale se déplace à l'hôpital pour prendre le premier contact

avec le patient en présence de l'envoyeur. Ceci a pour effet de déplacer la demande vers un lieu décentré de l'hôpital psychiatrique et du médecin qui a accueilli l'urgence et la crise, un lieu décentré mais relié, qui veille à une certaine continuité de l'histoire du sujet.

Une autre modalité du transfert est ce que j'ai appelé *transfert diffracté* : Le transfert se diffuse d'une part sur un lieu vécu comme contenant, d'autre part sur plusieurs soignants en lien avec le contenant. Il s'agit d'une modalité particulière d'investissement de la relation qui est inévitable pour certains patients arrimés narcissiquement au corps de l'hôpital.

Je pense à un enfant anorexique hospitalisé de manière répétée durant sa première année dans un contexte d'abandon paternel et de dépression maternelle liés à l'épreuve de la FIV.

Le transfert s'est diffusé sur les soignants qui ont vécu une partie de l'histoire dont, ni la mère, ni l'enfant n'étaient encore en mesure de rendre compte par eux-mêmes.

Au moment des premières rencontres avec le psy, le holding trouvé au sein du service a permis de reconstituer une sorte d'unité reconstituant une sécurité de base et permettant à la mère d'affronter l'épreuve que représentait pour elle toute tentative de symbolisation.

Le travail de mémoire des uns et des autres, les jeux transférentiels (au restaurant, à l'office, dans les couloirs), les paroles dont chaque soignant dans le service me rendait dépositaire, m'ont permis de restituer à l'enfant le fil de son histoire. Le cadre spatial de l'unité d'hospitalisation a été essentiel : l'espace se faisant support de la mère et lui permettant alors de se prêter elle-même à être support de son enfant.

Beaucoup plus tard, lors d'une séance, l'enfant sculptera un bébé adossé à une mère, elle-même adossée au mur qui clôture la chambre, les deux personnages tournés vers une porte qu'ils regardent. Ici, le psy devait occuper l'espace hospitalier pour que la relation soit possible. Transférer cette mère et cet enfant sur le modèle de la triangulation était impossible.

Cette situation nécessitait un travail à plusieurs, une analyse des projections dont l'équipe étaient dépositaire et l'élaboration des affects qui la traversaient.

Quel devenir pour cette clinique ?

Par ce survol, on voit combien la clinique infantile et les interventions psychiatriques en périnatalité à l'hôpital général sont de haute complexité. Elles nécessitent un travail à plusieurs, en souplesse, hors rivalité, dans des places différenciées.

Pour se déployer dans ce contexte, cette clinique me semble nécessiter quelques ingrédients dont ceux rappelés par Pierre Delion comme fondateurs des équipes de secteur ; une équipe mobilisée par la fonction phorique (qui porte le patient jusqu'à ce qu'il puisse se porter lui-même), qui travaille dans un contexte où puisse se déployer le transfert dissocié (selon le terme proposé par Oury), qui dispose de temps, de mobilité, d'une culture psychopathologique et d'un espace de potentialité créatrice.

Récemment de passage à Bruxelles, Delion évoquait la crainte qu'on aille, faute d'y prendre garde, vers une fermeture de la psychiatrie, un repli sur la simplification, l'individuel, la fin du travail d'équipe.

Je crains également qu'en instituant des psychologues à l'hôpital en pédiatrie et maternité, on instrumentalise la fonction psy. Qu'on la mette au service de divers régulateurs de l'ordre : psy caution à l'humanisation des hôpitaux, psy pompier, absorbeur des patients emmerdeurs ou des angoisses des équipes. Qu'on l'asservisse à quelques effets délétères du médical qui ne tardent pas à envahir le champ de la dite psychiatrie de liaison : saucissonnage entre plusieurs services, réponse dans l'urgence, travail en solo, pression du temps hospitalier qui pousse à agir, courir mille choses au point de perdre le sens de la pensée.

Or cette fonction psy nécessite une liberté de pensée, d'action, une capacité à tenir le conflit, à prendre parole, à prêter son psychisme, à analyser le transfert qui s'opère sur une équipe, à tenir la position solitaire de celui qui a été invité à être témoin de ce qui se vit là, à en dire quelque chose sans pour autant fétichiser la parole.

Elle nécessite du temps pour être présent à ce qui se passe dans l'institution. Et on sait que, c'est de n'avoir « rien à faire », que surgissent certaines observations majeures en clinique périnatale. Ne pas être du côté du faire mais tenter de garantir de *l'être*. Je doute que tous les hôpitaux soient prêts à laisser cette liberté aux psys et à les abstraire de l'exigence de rentabilité financière.

J'ignore si on est également prêt à financer des postes de manière à engager des cliniciens confirmés.

Je doute enfin qu'on ait tiré toutes les ressources d'une possible collaboration entre les services hospitaliers et les équipes de cliniciens travaillant sur le secteur en santé mentale. Il y a ici tout un champ de recherche à poursuivre en y impliquant davantage les partenaires de l'ambulatoire concernés par cette prévention. A condition encore de s'entendre sur ce terme.

Lors du Congrès sur la Psychose qui s'est tenu à Bruxelles, Bernard Golse nous proposait de prendre garde à nos belles intentions préventives. Derrière elles, se profile le risque de faire de la *prévention prédictive*.

Lorsque j'entends parler de « repérage en périnatalité », j'entends les risques de glissement sécuritaire propre à société du risque zéro.

L'expérience du travail en santé mentale ne nous incite-t-elle pas à expérimenter une autre forme de *prévention* lorsque nous collaborons avec des équipes périnatales ?

Ne s'agit-il pas d'offrir une autre forme de présence qui soit, bien entendu attentive aux données psychopathologiques, mais au delà plus particulièrement sensible à potentialiser les ressources des équipes médicales à faire face précocement aux signes de souffrance et à leurs conditions d'émergence ?

A discuter, à suivre donc !

mars 2004

Les prochains numéros de *Mental'idées* paraîtront

en septembre 2004 - n° 4

*Programmes de travail des groupes et
coordinations thématiques pour
2004-2005*

en janvier 2005 - n° 5

Dossier thématique sous réserve "Santé communautaire"
en avril 2005 - n° 6

Dossier thématique sous réserve "Personnes âgées"

Pour être insérées dans nos pages, vos informations doivent nous parvenir au plus tard pour le 1er août, le 1er décembre 2004 et le 1er mars 2005.

A l'image de la Ligue, *Mental'idées* se veut espace d'échange de savoirs intermédiaires, outil d'informations, de réflexions, de liaison... Ses pages vous sont largement ouvertes. Si un article publié vous amène à souhaiter un droit de réponse ou vous donne l'envie de prendre la plume, s'il évoque pour vous un point de théorie ou une interrogation clinique que vous voudriez livrer à la réflexion des intervenants, si l'actualité vous inspire des questions d'éthique ou de pratique sur lesquelles vous estimez devoir attirer l'attention, si votre équipe développe un projet spécifique, si vous voulez témoigner d'une expérience pluridisciplinaire ou individuelle ou si vous avez une thématique à suggérer,... n'hésitez pas à nous en faire part.

Afin que le plus grand nombre puisse trouver place dans nos pages et que chaque voix ait la même importance, quelques critères sont à prendre en compte:

- pour un article de fond: 6 faces A4 max., dactylographiées en police de caractère "Comic sans MS" de taille 10.

Ne pas oublier d'indiquer: les coordonnées complètes de l'auteur, titres et fonctions, courtes biographie et bibliographie, ainsi que le temps de validité de l'article

- pour une annonce: 800 signes max.

Pour toute info supplémentaire:

Herrygers Françoise, tél 02 511 55 43 de 9h.00 à 17h.00 e-mail *herrygers.lbfsm@skynet.be*

Eclairage Pour dessiner une FEDITO...

La Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes fédère 18 institutions bruxelloises actives dans la prévention, la réduction des risques et les soins relatifs aux assuétudes. Afin d'appréhender ce phénomène complexe et évolutif, une large palette de réponses est indispensable. Cette diversité d'approches permet d'aborder les différents aspects constitutifs de l'assuétude. Et de tenter, pour chaque cas, d'y répondre de la façon la plus adéquate possible. D'autre part cette diversité, et le débat d'idées qu'elle implique, peuvent faciliter l'adaptation du secteur dans son ensemble à une réalité plurielle inscrite au cœur de notre société : la consommation de substances psychotropes.

Une caractéristique importante de la FEDITO est sans aucun doute la diversité. Notre secteur est composé de services d'information pour le public, d'autres pour les détenus et les professionnels. Mais aussi de centres de soins, de jour ou de crise, d'un réseau de médecins, d'une maison d'accueil socio-sanitaire, de plusieurs services de consultations en ambulatoire. Ou encore d'un projet de réinsertion par le sport, d'institutions spécialisées dans le double diagnostic, de programmes de traitement de substitution ou de prévention des assuétudes dans les entreprises. La liste n'est pas exhaustive. Une autre caractéristique importante de notre fédération est de privilégier et valoriser la personne en respectant la pluralité des approches théoriques et thérapeutiques.

Ce qui pourrait s'apparenter au premier coup d'œil à une nébuleuse est en réalité la réponse pragmatique à un phénomène multiforme auquel aucune solution « toute faite » n'est applicable. Les parcours, les personnes, les facteurs aggravants et les demandes sont à chaque fois différents, les éventuelles réponses à apporter le sont aussi. Et à la complexité des facteurs constitutifs se superpose l'intensité très variable des problèmes liés aux assuétudes. La diversité est donc notre

premier atout à l'heure de rester en phase avec la réalité dans ce secteur où personne ne détient « La Vérité » et où les réponses ne peuvent être que partielles. Nous pensons que l'uniformité ne favorise pas le débat d'idées et la créativité indispensables pour tenter de répondre aux défis posés par les drogues et leur consommation abusive.

En effet, la place qu'occupent les drogues dans notre société a de quoi faire réfléchir.

En l'espace d'une génération nous avons assisté à l'expansion « stupéfiante » du marché des produits psychotropes en termes de consommation et de produits disponibles.

L'utilisation de drogues illégales s'est banalisée auprès de larges tranches de la population, s'ajoutant à la liste de drogues légales déjà disponibles dans le commerce. Car il ne faut pas se voiler la face : les assuétudes concernent des pans entiers de la population. Et les personnes fréquentant les institutions spécialisées ne représentent que la pointe d'un grand iceberg. Les alcooliques, les sportifs dopés, les cadres sous amphétamines, les consommateurs réguliers de neuroleptiques ou autres médicaments disponibles sur le marché, les ludopathes ou les (nombreux ?) consommateurs de drogues illégales parfaitement insérés...

La réflexion ne peut que déborder largement le cadre des services spécialisés en toxicomanie.

Se pose inéluctablement en toile de fond la question de la place occupée par les drogues au sein de notre société. Et le constat qu'elles se trouvent aujourd'hui au cœur de notre société où la consommation et le plaisir immédiat sont devenus des valeurs dominantes.

La FEDITO se veut porte-parole de la réalité du terrain et alimente une réflexion plus générale pour répondre aux enjeux actuels.

Elle dispose pour ce faire de l'énorme expérience accumulée par l'ensemble de ses membres.

Ludovic HENRARD,

Pour plus d'informations,
consultez notre site

<http://www.fedito.be>

Haute Ecole Paul Henry Spaak
rue de l'Abbaye

ANNEE DE SPECIALISATION EN TRAVAIL PSYCHOSOCIAL EN SANTE MENTALE

POSTGRADUAT EN UN AN – session 2004-2005

Vous travaillez dans ce champ dit
"de la santé mentale",
au contact avec des enfants, des adolescents ou des
adultes en souffrance psychique,
ou vous envisagez d'y travailler et êtes prêt à y
effectuer un stage de 6 mois à mi-temps.

Vous souhaitez une formation complémentaire à la fois
théorique et clinique.

Vous êtes titulaire au moins d'un diplôme de « humani-
tés +3 » (graduat, universitaire) :
assistant social, éducateur, infirmier, psychologue,
criminologue, philosophe, historien, sociologue,
logopède, ergothérapeute, assistant en psychologie,
etc...

Nous proposons un travail en groupe restreint qui
permet une qualité d'échanges entre professionnels,
avec des enseignants et des formateurs du terrain, des
supervisions individuelles et de groupe.

Les activités ont lieu sur une année académique tous les
mardis et jeudis soirs, 3 samedis par mois en moyenne
+ les supervisions en journée.

L'investissement en temps et énergie est donc
important mais les participants l'estiment justifié.

Coût/droit d'inscription : environ 250 euros

pour obtenir la documentation, téléphonez à :
Madame Sophia BOITEL,
au secrétariat du Département social de la
Haute Ecole Paul Henri Spaak ,
Rue de l'Abbaye à Ixelles, 02/629.04.17. ou
02.629.04.00. (site www.he-spaak.be/iessid)

pour l'entretien préalable, prenez contact
rapidement avec :
Madame Jacqueline GOFFIN, coordinatrice
au 02.346.76.63. (de 8h30 à 9h)
ou 0478.410.004.

INFORMATION

Cycle de séminaires "Santé mentale / Santé publique"

Pour ceux et celles qui le souhaiteraient, il est
encore possible de s'inscrire pour :

■ Un séminaire supplémentaire,

le vendredi 6 mai de 9h.00 à 12h.30 :
avec Pascale JAMOULLE, anthropologue au
Laboratoire d'Anthropologie Prospective à
l'Université catholique de Louvain-la-Neuve
et au S.S.M. du C.P.A.S. de Charleroi, auteur de
"La débrouille des familles"

"Sens des conduites à risque dans les construc-
tions identitaires d'hommes et de pères des
quartiers populaires."

■ La Journée du 4 juin de 8h.30 à 17h.00 :

avec Gilles BIBEAU, anthropologue, professeur à
l'Université de Montréal

"Pourquoi l'idée de - capital social - est une mau-
vaise idée..."

et Didier FASSIN, médecin, anthropologue, pro-
fesseur à l'Université de Paris XIII.

"La santé face aux inégalités sociales."

Au Théâtre "Le Public", 64-70 rue Braemt
1210 Bruxelles

Inscription, renseignements:

L.B.F.S.M. tél 02 511 55 43, fax 02 511 52 76,
e-mail lbfsm@skynet.be

Les prochains numéros de

Mental'idées

paraîtront

en septembre 2004 - n° 4

Programmes de travail des groupes et coordinations
thématiques pour 2004-2005

en janvier 2005 - n° 5

Dossier thématique sous réserve "Santé communautaire"

en avril 2005 - n° 6

Dossier thématique sous réserve "Personnes âgées"

Pour être insérées dans nos pages, vos infor-
mations doivent nous parvenir au plus tard
pour le 1er août, le 1er décembre 2004
et le 1er mars 2005.