

PENSEES DE PSYCHIATRIE
ASBL

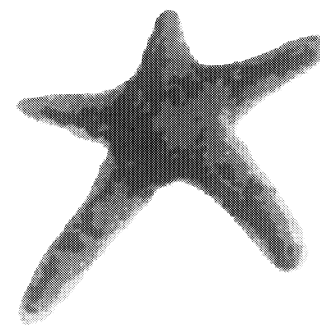
VI^{ème} SYMPOSIUM

« Psychothérapie
ou
psychodérapie »

ACTA

BEEZ (NAMUR), le 26 novembre 2005.

Lundbeck



Avec le soutien des Laboratoires Lundbeck

Préambule

C'est sous une tempête de neige peu commune en cette fin du mois de novembre que s'est tenu le VI^{ème} symposium de l'association « Pensées de Psychiatrie ».

Le thème du jour, choisi comme chaque année lors de l'Assemblée Générale, interrogeait les risques de dérives des psychothérapies.

La matinée fut divisée en deux parties. La première portait sur les dérives psychosectaires alors que la seconde portait elle sur le risque d'instrumentalisation de la psychothérapie à des fins politiques et de régulation de l'ordre social.

C'est grâce au sponsor des sociétés Astra Zeneca, BMS, Merck, Organon, Sanofi-Synthélabo, Wyeth et Lundbeck que cette journée a pu être possible. C'est également le laboratoire Lundbeck qui réalise la mise en page des actes de cette journée.

Les quatre orateurs dont vous pourrez prendre connaissance de l'exposé dans les pages qui suivent sont :

- Docteur Michel DEGOSSELY, psychiatre à Liège.
« Les illusions dangereuses et les pratiques psychosectaires »
- Monsieur Marc DELACROIX, Président de l'Association des victimes des psychothérapeutes autoproclamés (AVPA).
« Les dangers des dérives psychosectaires ».
- Monsieur Léandre NSHIMIRIMANA, Docteur en psychologie, Le Méridien, Bruxelles).
« La psychiatrisation de la souffrance sociale ».
- Docteur Bernard FOUREZ, psychiatre, UCL, Mont-Godinne.
« La psychothérapie est-elle bonne pour la santé ? ».

Bonne lecture...

Pierre SCHEPENS,
Président.

Michel DEGOSELY : « Les illusions dangereuses et les pratiques psychosectaires ».

Tout d'abord, une petite note de chaleur, j'ai songé, en arrivant, au snark. Le 18 juillet 1874, Lewis CAROLL, alias DOGSON, se promène par une belle journée à la campagne et un vers qui lui vint en tête : « le snark était un boujoum, voyez-vous ». Et ça, ce sera le dernier vers d'un petit poème qui s'appelle « la chasse au snark ». Il y a eu des centaines d'interprétations. C'est un sommet du non-sens. Mais on peut considérer la chasse au snark comme étant la chasse à la fortune dont la santé serait un élément. On va souhaiter bientôt « bonne année, bonne santé » et, pour cette chasse, tous les moyens sont bons. Des billets de banque, des bulles de savon, des incantations. Mais cette chasse bénéfique devient tout d'un coup maléfique lorsqu'on rencontre un boujoum. Horreur indescriptible. Il est difficile de vous présenter ce qui me semble pour moi des dérapages à ce que pourraient être des non-dérapages des bonnes psychothérapies. C'est le problème du premier orateur. Pour commencer, je me suis servi du livre de Jean-Jacques AULAS qui est paru il y a une douzaine d'années. Jean-Jacques AULAS est un psychiatre, un pharmacologue et un des rédacteurs de la revue « Prescrire ».

Son titre s'intitule « Les médecines douces » mais ce qui est important, c'est le sous-titre « Des illusions qui guérissent ». L'auteur décrit un certain nombre de médecines alternatives et il s'aperçoit, malgré qu'il n'y trouve aucune justification scientifique, qu'il s'agit de pratiques qui, dans un nombre non négligeable de cas, guérissent. Illusion est pris dans le sens de pratique dont la valeur scientifique n'a pas été démontrée. Par exemple, on peut démontrer la valeur scientifique d'un traitement par placebo. Il range ces psychothérapies dans les illusions qui guérissent à l'exception des pratiques cognitivo-comportementalistes qui elles seraient scientifiques. On peut toutefois se demander si l'efficacité thérapeutique n'est pas ici liée à des éléments suggestifs comme l'induction de la détente qui va précéder et accompagner le traitement des phobies. Alors à la science, il faudrait aussi joindre le pouvoir de la suggestion peut-être plus efficace. A la fin de son livre, cet auteur évoque l'existence d'illusions dangereuses. Les « doucothérapies » deviennent des « durothérapies » ; le placebo devenant un nocebo. Cette ambivalence existe de longue date : magie blanche et magie noire, hypnose paternelle basée sur la terreur, l'intimidation et l'hypnose maternelle qui agit par la séduction comme l'a décrit Sandor FERENCI dans « Thalassa ». Et maintenant, psychothérapie et psychodérapié. Alors j'ai bien eu raison de me fier à AULAS parce que vient de paraître en même temps que le Beaujolais, donc tout à fait récemment, un article dans une revue qui fait la mise au point actuelle sur le placebo.

Et Jean-Jacques AULAS qui fait de la recherche en pharmacologie depuis une vingtaine d'années a sauté la pas et puisqu'il pourfendait l'homéopathie où on donne des doses de plus en plus diluées, il a décidé de lancer un médicament où il n'y avait rien, en jouant le jeu et en avertissant les patients qu'il s'agissait d'un placebo. « Ca » a été utilisé dans la région de St-Etienne et il s'agit de solution hydro-alcoolique, de glycérol et de colorants (le 141 pour la couleur rouge et le 145 pour la couleur bleue) et « ça » a un nom bien sûr qui est l'anagramme de placebo, c'est lobepac et lobepac forte bien entendu. C'est distribué par le généraliste en expliquant qu'il n'y a aucune justification pharmacologique scientifique mais que cela marche avec conviction et avec un mode d'emploi rigoureux, à ce moment-là quand on prend le rouge : c'est le matin le rouge, il ne faut pas confondre, c'est très dangereux, on se sent très éveillé et le soir, c'est le bleu, on est plus calme et des patients ont réclamé : docteur, donnez-moi encore un placebo. Cela pose tout de même la question « quel est le substrat de la guérison », ça a une base, ça a un substrat anatomique indéniable mais on ne sait toujours pas ce qu'est le placebo. Deuxième élément dans la revue qui est intéressant. On a réalisé des « pet-scans » chez des patients prenant un placebo, on voit que l'effet n'est pas purement imaginaire, qu'on a des modifications au niveau du gyrus cingulaire antérieur. Bon ça ne nous dit pas non plus ce qu'est le placebo mais ça replace tout de même la question de la guérison dans un autre contexte. Alors pourquoi ai-je parlé de psychosectarisme. Ici, je fais référence à ce qui a été décrit dans un texte : « Faux souvenirs et psychosectarisme » par la FECRIS (Fédération Européenne de Lutte contre le Sectarisme) qui, sous la direction du Docteur Gérard DAHAN, a produit un texte sur les pratiques psychosectaires dont je retire trois caractéristiques :

- une personne se pose comme une autorité autoproclamée, statut qui ne supporte pas la contradiction,
- possibilité d'évoquer et de révéler un secret important pour quelqu'un,
- utilisation d'une restriction sensorielle ou sociale (coupure avec la famille, mise dans des conditions hypnotiques qui rappellent l'isolement sensoriel).

Pour le Docteur DAHAN, ces pratiques s'inscrivent dans le contexte culturel du nouvel âge.

Voici un petit extrait d'une séance du nouvel âge et vous lisez religieusement le texte pour essayer de le comprendre. Moi, je n'ai pas tout compris.

Nous ne sommes pas plusieurs esprits ayant conscience d'un univers mais un seul esprit ayant conscience de plusieurs univers.

C'est pas mal. On file dans les univers parallèles.

Fondés sur une nouvelle rationalité qui lui a permis de découvrir l'origine de l'esprit et de la conscience en 1985, les enseignements de Franck ATHEM ramènent le mental à la réalité de l'instant où il est au service de l'être pour notre plus grande joie là où sortent abondance et régénération.

Il faut dire que le Docteur ATHEM, parce que dans la brochure il a ce titre, est un licencié en sciences politiques qui s'est découvert psychothérapeute et ontologue (ça veut dire métaphysicien), Il écrit un ouvrage qui s'intitule « L'esprit crée l'univers ». Bon, il va beaucoup plus loin que HEGEL avec « L'idéalisme absolu ».

Voilà l'ambiance du nouvel âge : il y a comme une promesse dans cette ambiance-là.

J'ai été amené à m'intéresser aux psychosectes à cause d'une patiente qui avait été victime de ces pratiques, en l'occurrence la catharsis glaudienne, qui avait résisté et qui a présenté pendant longtemps de la dépression, des crises paniques, du mutisme et des épisodes de dépersonnalisation qui sont cités d'ailleurs dans la littérature. J'ai fait mon marché et avec AULAS, il faut distinguer deux formes de réductionnisme. L'organicisme : c'est la maladie qui découle de gène ou du toxique soit unr synapse qu'il importe de décrasser. Et à l'autre pôle, nous aurons le psy-ritisme (pas spiritisme), où l'origine de la maladie c'est le psychisme. On va trouver un équivalent à cette démarche dans un livre qui vient de sortir cet automne de Vincent JADOULLE « Tout est psychosomatique, même pas vrai ». Et Vincent JADOULLE va utiliser une notion qui est très proche de celle que j'utilise, il va parler du « psychosomatisme » : le psychosomatisme étant à la réflexion psychosomatique ce que l'astrologie est à l'astronomie. Et on va commencer notre voyage en parlant du premier grand « psyrite ». On les appelle grands parce que d'habitude, ils sont docteurs et conférenciers internationaux. Mais il existe toute une série de petits « psyrites ». En voilà un. Ils ne sont pas dans le tableau de l'ordre des médecins ou dans la liste des psychologues agréés. Mais bon, ils ont beaucoup plus de compétences que moi puisque celui-ci est certifié psychothérapeute.

Il est repris en tant que psychothérapeute dans le guide social, la santé mentale, les groupes IAO et aussi sur un site que j'ai découvert « Carolo-net ». Ca doit être tout un programme ça. Donc, voyage au pays des grands « psyrites ». Le premier qu'on va rencontrer est Gerd HAMER, médecin autrichien, interdit de médecine depuis 1986. Sa théorie physiopathologique est simple : un choc psychique intense crée un conflit avec un petit foyer cérébral correspondant, un petit groupe de neurones qui donnent des informations à l'ensemble du corps et produisent à certains endroits une prolifération tissulaire. La cible est en fonction du psychisme. Ainsi, si vous êtes dans un couvent et qu'il y a interdiction de parler et que vous ne supportez pas ça, vous risquez de faire un cancer du larynx. HAMER s'est baladé un petit peu partout avec des scanners mais jusqu'à présent aucun neuroradiologue n'a compris ses scanners. Et d'autre part, peut-être ce qui est plus grave, il ne faut pas intervenir par des médicaments et d'autres pratiques dans le cours naturel de l'affection qui évolue naturellement vers la guérison parce que cette intervention créerait de nouveaux conflits et donc de nouvelles tumeurs. Alors, il se proclame comme étant le créateur de la nouvelle médecine. Bien sûr, il est un rebelle et un révolutionnaire. Rappelons que selon les statistiques 50 % des personnes atteintes de cancer se documentent sur des pratiques alternatives et que 10 % abandonnent les traitements classiques. Ce sont des illusions meurtrières. HAMER a trouvé le secret de la guérison, découverte paraît-il connue de longue date des juifs qui l'ont cachée volontairement pour éliminer le reste du monde. On est ici dans la dimension mythique. Il est actuellement en prison pour quelques années mais il a des disciples. Parmi ceux-ci, des disciples de la partie Est de la province de Liège à cause de l'influence-là de la culture germanique. Mais ça déborde la zone germanophone. Et un de ses disciples qui a probablement servi à répandre les théories de HAMER, est un psychologue reconnu, il s'appelle Léon RENARD : il défend l'idée qu'il y a strictement analogie entre le conflit et le choix de l'organe atteint. Si vous avez un ulcère de l'estomac, c'est que vous ne digérez pas les contrariétés. Notre second grand « psyrite » sera Albert GLAUDE. Au départ, c'est un commercial belge. Il fait siennes les théories de HAMER, accorde beaucoup d'importance à Léon RENARD et fait référence à Alice MILLER. Alice MILLER, ce n'est pas Alice au pays des merveilles. Ce serait plutôt Alice adulte au pays des boujourns. On peut supposer que cette femme a vécu des traumatismes importants dans son enfance. Moi je ne doute pas de son honnêteté. Elle a travaillé comme psychanalyste puis a abandonné sa pratique. Elle peint et écrit des livres. Ils ne sont pas drôles : « L'enfant de la terreur ». Et elle peint. Moi, j'apprécie plus ses dessins. Mais enfin, à part les livres elle est peut-être moins nocive, elle n'est plus thérapeute.

Elle reproche à Sigmund FREUD d'avoir d'abord décrit les traumatismes considérés comme réels qui engendraient des désordres chez ses patientes puis d'avoir changé de théorie et d'avoir insisté sur la nature fantasmatique de ces traumatismes. Je la cite *les fantasmes sont au service de la survie, ils aident à exprimer la réalité insupportable de l'enfance et en même temps à la cacher ou à la faire paraître plus inoffensive. Un événement ou un traumatisme fantasmatique soi-disant inventé recouvre toujours un traumatisme réel. La doctrine psychanalytique de la sexualité infantile s'inscrit à l'appui de l'aveuglement de la société et légitime l'abus sexuel perpétré sur l'enfant. Elle accuse l'enfant et épargne l'adulte.* Je ne sais pas si Monsieur VAN RIELAERT, parce que je n'ai pas lu son ouvrage, traite ces psychanalystes de bourreaux d'enfants. A ma connaissance, ça ne m'a pas été dit. Mais ce qui est important c'est qu'en reprenant la maltraitance sexuelle infantile décrite par Alice MILLER, Albert GLAUDE élabore sa théorie en se sentant investi de la mission de délivrer le monde de la peur de savoir. Nous retrouvons ici la fonction mythique. Son premier livre s'intitule « Catharsis, la thérapie du tunnel » ; le parcours thérapeutique étant assimilé à un voyage dans un boyau avec une sortie dans la lumière. Il y a là-bas des signes qui pour lui ne trompent pas. Mais bon, il n'en parle pas dans son livre. C'est un petit peu des secrets de fabrication. Le terme est repris de FREUD qui, comme vous le savez à la fin du XIX^{ème} siècle traitait par hypnose et obtenait par des décharges émotionnelles des réactions avec apparition d'un sens : ce sont les études sur l'hystérie écrites avec BREUER et parues en 1895 avant la psychanalyse. Pour Albert GLAUDE, la catharsis freudienne n'est qu'une pâle élaboration de sa méthode radicale pour nettoyer le psychisme des traumatismes sexuels précoces occultés, terme qu'il préfère à refoulés et qui rendent compte de quasi tous les troubles tant psychiques que physiques. C'est donc une catharsis radicale, c'est la première théorie par « karscher » qu'on rencontre. Rappelons que pour FREUD le refoulement s'adresse au fantasme et non à un événement réel, que c'est le refoulement d'une représentation qui ne peut être acceptée consciemment et qui est en relation avec une pulsion interne. Par ailleurs, nous savons bien que les traumatismes sévères sont loin de pouvoir être oubliés. Le traitement glaudien consistera à faire revivre intégralement ces événements nocifs. La caractéristique de ces événements précoces est donc de l'ordre sexuel. Utiliser ainsi le sexuel pour le diagnostic et le traitement, c'est utiliser une arme de destruction psychique massive. En effet, le spectre de la pédophilie, réel ou supposé, nous place entre DUTROUX et OUTREAU. Et ça crée des réactions émotionnelles intenses qui empêchent de penser. 80 % des affections étant pour GLAUDE déclarées psychosomatiques, il est important de rechercher les signes qui démontrent l'existence de leur cause essentielle, à savoir l'inceste ou le viol caché.

Chez ma patiente, j'ai retrouvé des épisodes répétitifs de dépersonnalisation comme quand elle vivait certaines choses. Mais c'était ce qu'elle vivait dans sa « thérapie » alors que GLAUDE dans les séances dit que c'est parce qu'ils ont vécu un abus sexuel que cela revient. (Plainte psychosomatique ou accident fréquent). Pour illustrer la tautologie de cette réflexion, pour GLAUDE, les personnes qui traitent le thérapeute d'obsédé sexuel lorsqu'il explore l'abus potentiel en ont été à coup sûr victimes. Mais comment faire pour faire surgir ces événements traumatiques précoces et occultés. La méthodologie fait penser au harcèlement qui est à la pratique glaudienne ce que la torture est au traitement des terroristes supposés. Au départ il s'agit de séances de trois à quatre heures à raison de cinq fois par semaine en recourant à des suggestions de type hypnotique. Ma patiente a eu quelques séances de ce genre et quand elle en sortait elle ne savait plus où elle en était, ce qui montre que de fait on était dans un état hypnotique. L'hypnose c'est la meilleure et la pire des choses si, comme ici, mais ici c'est employé sous forme d'hypnose paternelle autoritaire. Puisqu'on est persuadé qu'il y a un abus sexuel, il faut alors remonter les premières années : il faut remonter dans la vie foetale (peut-être les coups de pieds donnés au ventre de la mère, qui ont été oubliés) : vous avez une série de techniques pour revivre la première année, la deuxième année, la troisième année, etc. Dans Annuaire +, vous trouvez des listes importantes de psychodérapeutes. Il y a parfois des gens très bien. Il y a un amalgame et cela pose question. Si cela na marche pas, on recourt à des inductions si le patient est rebelle à avouer ce qu'il ne sait pas. Induction ou sensibilisation, c'est vigoureux. Par exemple, on prend le patient dans ses bras. On le laisse se masturber. On utilise des chacras qui sont en rapport avec des zones énergétiques. On appose les mains, mettons sur le pubis. Ou on montre à une patiente particulièrement récalcitrante une vidéo qui met en image le viol d'une fille par son père. Pourquoi pas ? Ca fait un peu songer tout de même à la torture.

Ce qui nous a beaucoup aidés dans la critique de ces phénomènes c'est l'existence à la même époque aux Etats-Unis d'une épidémie, parce qu'on peut l'appeler comme cela, on a recensé 400.000 plaintes, de ce qu'on a appelé « l'épidémie des faux souvenirs ».

Au départ, c'était la mémoire ; il y a des éléments dans la mémoire qui sont réprimés : Les troubles doivent évidemment venir de là, il faut les chercher, les poursuivre avec énergie : on a eu comme cela toute une épidémie. Et ce sur quoi il faut insister et qu'on retrouve aussi chez GLAUDE, c'est l'attaque vis-à-vis des liens. L'attaque vis-à-vis des liens. Pour HAMER, c'était l'attaque contre sa formation médicale et ici c'est l'attaque des liens avec la famille.

L'attaque des liens contre la famille, ça va très loin puisque ça a amené des demandes de compensation matérielle importante au niveau du civil et puis des peines de prison. On y va vite, voyez OUTREAU. Donc ça c'était l'élément important. Ça a pris une extension énorme. Ce qui était intéressant, la retombée de toute cette épidémie, ce furent les études qui ont été faites, très documentées, certaines étant expérimentales ; on y a étudié le problème des souvenirs et le problème de la mémoire. Les théories de la mémoire sur lesquelles se base la pratique glaudienne, on peut être formel, sont tout à fait fausses. Quelqu'un peut souffrir de souvenirs, de choses qu'il a vécues alors qu'il ne les a jamais vécues. Ces souvenirs peuvent être induits. Cela existe déjà l'état naturel et je rappelle ce que racontait Jean PIAGET qui est loin d'être un moins intelligent comme tout le monde le sait. C'est l'histoire qu'il racontait dans ses entretiens avec ERIBON. Il y a un épisode de Sa saga familiale qui est important. Jean PIAGET est issu d'une famille très riche (les montres piaget) et bien sûr il avait à l'époque une nurse qui le promenait dans son landau. Et Jean PIAGET a failli être victime d'un enlèvement. Heureusement, la nurse s'est précipitée et a appelé un agent de ville qui a fait fuir le voleur. Et chaque année au nouvel an, en famille, on rappelait cet épisode. Mais il y eut un événement inattendu. La nurse est entrée dans les ordres protestants et à ce moment-là, elle a dû faire sa confession. Elle écrit à la famille, une lettre : « cet épisode du rapt, il a été tout à fait inventé ». Et Jean PIAGET à 70 ans de dire : et pourtant, je revois la journée comme si c'était hier.

Mais, il y a eu un petit problème pour Albert GLAUDE en 1999. Selon un tabloïde canadien : « l'éminent thérapeute accusé d'agression sexuelle se suicide ». Il éduquait des formateurs (chez ceux qui veulent pratiquer la catharsis glaudienne, il faut vérifier si de fait ils n'ont rien de caché). Donc, les nettoyeurs doivent être nettoyés sauf Albert GLAUDE évidemment qui estimait qu'il était d'une famille suffisamment stable et bonne pour ne pas devoir subir sa catharsis. Alors que sont devenus les glaudiens ?

Ils ont pour le moment un profil bas c'est-à-dire on a du mal à connaître des noms de thérapeutes glaudiens mais il y a un site Internet, site international et où on peut s'adresser et où on nous dit qu'ils ont une formation rigoureuse c'est pour cela qu'il y a très peu de glaudiens en réalité, qu'ils ont une méthodologie tout à fait stricte et aussi une formation permanente. Vous voyez c'est tout à fait correct et en même temps j'ai pu, grâce à l'appui des sociétés de lutte sectaire, avoir un document de diagnostic dans le travail de la catharsis. Leurs critères de guérisons : voyez en premier lieu la liquidation de toute résistance.

Ca y est, on est battu ! Hand up ! Liquidation de toute résistance puis il faut cocher tout un questionnaire (ils sont à la mode). Comme vous voyez cela semble un snark au départ et ça devient un boujoum.

Je termine très rapidement en vous parlant de Claude SABBATH et de sa biologie totale des êtres vivants. Il reste dans la lignée de HAMER. Il étend le combat de GLAUDE avec la psychogénéalogie non seulement il faut se guérir des autres vivants avec qui on a été en contact, mais en même temps de ses ancêtres. Si vous avez fait des angines à répétition, c'est que votre ancêtre a été guillotiné. Voilà un petit peu la salade que cela donne. Tout cela dans un site qui est celui-ci. Et manifestement, on est devant une logothérapie. Il y a un excellent numéro de « Sciences et avenir » en septembre qui décrit les pratiques sabaiques.

Alors pour terminer, je reviendrai au petit livre de Vincent JADOULLE où il dit même que des gens, dont on peut être sûr, ne sont pas sans dérive « psyrite ». Et il cite *c'est pas en glissant de l'assimilation à l'hystérie et la notion de l'écrit dans le corps* (l'écrit dans le corps, c'est LACAN). Il cite GRODDECX, il cite DOLTO. Je ne dis pas que ce sont des « psyrites » mais il y a certaines déviances à certains moments. Il cite LACAN et LACAN c'est assez beau parce qu'il nous reprend une relecture de FREUD de cas de l'homme au rat, névrosé obsessionnel : certaines pensées inconscientes reposeraient ainsi sur des signifiants occupant une place majeure dans la dynamique mentale. Gros, dans sa langue se dit dick et dick était le nom d'un rival qu'il aurait voulu éliminer si bien qu'il a été postulé que maigrir c'est tuer Dick. Et pour terminer, je vais citer un texte de notre premier président fondateur, Jean-Marie GAUTHIER, qui dit *hystériser le corporel, c'est tenter de réduire toute manifestation de celui-ci à n'être que l'expression plus ou moins refoulée ou indirecte de désirs cachés. Cette perspective souffre du grand désavantage de nier les aspects biologiques, matériels ou sous-jacents à toute forme de manifestation de ce type organique.*

Je vous remercie de m'avoir accompagné au cours de ce voyage qui n'était pas la chasse au snarck, c'était plutôt la chasse au loufoque qui comme tout un chacun sait est un animal des plus fou à moitié loup à moitié phoque.

Marc DELACROIX : Les dangers des dérives psychosectaires

Bonjours Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs et je ne dirai pas honorés confrères parce que je ne suis absolument pas de la profession, de la partie. Je ne suis pas psychologue ni psychothérapeute ni psychiatre. Cependant je m'intéresse à ce domaine dont Michel DEGOSSÉLY vient de vous parler, c'est-à-dire aux dérives psychosectaires et aux dérives tout court dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie. Cette question est d'une brûlante actualité au moment où se débat, au cabinet DEMOTTE, le statut des psychothérapeutes. Il est clair que vous êtes au front, tous les jours, comme Michel vous l'a dit tout à l'heure, avec des patients qui viennent avec une histoire, une histoire qui est parfois émaillée de rencontres avec des doux dingues, des gens dangereux qui n'ont aucune formation, qui ne connaissent même pas le sens du mot – et je ne rigole absolument pas quand je dis ça – le sens du mot psychopathologie. J'en connais. Je connais effectivement des psychothérapeutes qui ont une belle plaque cuivrée sur le devant de leur maison et qui sont incapables de vous expliquer le sens du mot psychopathologie. Ils accueillent chez eux des gens peut-être, que sais-je moi, hystériques, schizophrènes, qui ont des problématiques graves et qui commencent un travail thérapeutique avec eux. On assiste à des dérives excessivement graves qui m'ont posé question depuis plusieurs années déjà. Je vais tout d'abord vous donner un petit aperçu de mon parcours. Il y a 30 ans, j'ai connu, de l'intérieur, certaines de ces thérapies déviantes. A l'époque c'était la grande mode du « primal » (Arthur JANOV). Oui, je suis passé par cette expérience, pas longtemps et je n'ai pas réalisé tout de suite par quel degré de manipulation j'étais soumis dans ce genre de thérapie parce que qui dit « primal » dit aussi bioénergie, rebirth, et beaucoup d'autres choses ; c'est un des traits dominants et constants de tous ces thérapeutes que de faire du « touche à tout ». Ils sont incapables de se fixer à une seule méthode thérapeutique. Tous vont pêcher dans ce que Michel vous a présenté tout à l'heure comme le « new age ». Toutes ces thérapies sont nées en Californie dans les années 60 et s'inspirent largement de pensées et de philosophies orientales ...dénaturées à la mode de nos sociétés « ultralibérales ».

Ces thérapies considèrent qu'il y a quatre domaines de l'existence qui s'interpénètrent profondément : l'**émotionnel**, la **pensée** (détachée de l'émotionnel), le **physique** (ce que vous appellerez peut-être l'anatomie, la physiologie, tout ce qui constitue en fait la matière humaine) et le **spirituel**.

Dès que l'on touche à l'un de ces domaines, tel un jeu de dominos, tous les autres se mettent à bouger avec un certain degré de hiérarchie, ce qui est constant dans toutes les thérapies dont nous allons parler. Il y a au sommet de tout cela comme au sommet de la pyramide de MASLOW (la fameuse pyramide des besoins qui est revendiquée par tous les new agers du monde) le besoin spirituel, l'élévation de l'être humain. Tous les thérapeutes de cette veine-là considèrent que le but ultime à atteindre, c'est l'épanouissement de soi, le développement du potentiel humain, la capacité à atteindre un niveau supérieur, supérieur à quoi, on n'en sait rien. C'est le développement du potentiel divin, c'est l'harmonie vitale, c'est l'énergie, ce qui s'écrit de toutes les manières possibles et imaginables. Il y a dans ces thérapies un amalgame, un salmigondis qui est créé entre le spirituel et le thérapeutique et c'est là que commencent les vraies dérives dont on parlait tout à l'heure à propos de ces thérapies comme celle de GLAUDE, comme celle de Claude SABA, et de HAMER. Ce sont des thérapies qui toutes revendiquent une spiritualité, qui vont toutes chercher les origines des mal-être, non dans un quelconque dysfonctionnement physique ou psychique, mais dans le fonctionnement même de l'être humain, dans sa relation à la famille, en ce qu'il en est la victime ou qu'il est victime d'un ascendant où qu'il est victime, et c'est de plus en plus fréquent, d'une mauvaise résolution, d'un conflit lié à une vie antérieure. C'est le **karma** dont le requis par exemple est une thérapie psychospirituelle qui s'attache à ouvrir les **chacras**, chacras qui permettent de libérer les énergies bloquées, énergies qui peuvent trouver leur origine dans les ascendants. Je connais le cas, parmi tout ce que j'ai reçu comme témoignage à l'AVPA, d'un adolescent tout à fait perturbé parce qu'on lui a dit que son arrière-grand-père maternel s'était suicidé, ce qui est d'ailleurs tout à fait faux. Vous aviez un arrière-grand-père maternel qui s'est suicidé et vous êtes en train de vivre, mon jeune garçon, pour le moment un conflit qui a trait à cette histoire-là et vous avez une mauvaise conscience, une culpabilité, vous êtes chargé d'un poids immense dont vous devez vous libérer dans cette vie-ci, le poids de votre aïeul ». Et cet adolescent, que fait-il ? Ben, où il y croit où il n'y croit pas. Mais quelque part, je pense que l'effet nocebo risque de jouer à plein. Même si on n'y croit pas, il y a quelque part une espèce de conscience de quelque chose de bizarre qui peut avoir des effets extrêmement pervers.

Je rencontre, j'entends et je reçois des mails, des téléphones, de tas de gens qui vivent des situations similaires qui me font dire que de plus en plus les domaines du développement personnel, des thérapies non contrôlées et de la spiritualité new age sont intimement mêlés et sont en train de constituer en soi un courant sectaire beaucoup plus pervers que celui des grosses sectes tels que les témoins de Jéhovah, telle même peut-être que la scientologie parce qu'on les repère peut-être plus facilement tout comme les mouvements évangéliques et pentecôtistes américains, etc. Or ici, au contraire, nous avons affaire à des petits gourous qui créent des « micro-sectes » centrées sur le phénomène de la recherche de la spiritualité, d'un état de conscience supérieur, via le traitement de problèmes psychiques. Le traitement du problème psychique devient la porte d'entrée à ce que j'appelle des « **pervers narcissiques** » c'est-à-dire des gourous, des gourous à la petite semaine qui profitent de leur pouvoir pour assujettir des gens en souffrance, leur faire faire n'importe quoi. Et quand je dis n'importe quoi, vous me suivez, ça va très souvent dans le domaine sexuel. Dernier témoignage cette semaine, je prends un exemple à propos d'une thérapie que vous connaissez peut-être. Plutôt que de mettre en cause la thérapie en question, ici je mettrais en question les thérapeutes qui s'en servent à savoir la « **sofia-analyse** ». Une jeune femme m'envoie un mail m'expliquant en large et en travers comment elle a été manipulée dans tous les sens du mot par ces thérapeutes, parce qu'ils étaient plusieurs, dans des séances de groupe et comment on justifiait à un moment donné qu'il fallait passer par la nudité dans la thérapie pour se libérer d'un certain nombre d'entraves, de contraintes, de complexes, de tout ce que vous voulez. Cette thématique de la sexualité est omniprésente. Le pouvoir sur l'individu, la capacité que l'on a de faire faire à un individu ce que l'on veut est malheureusement monnaie courante et fait partie intégrante des méthodologies de ces apprentis sorciers, que j'appelle des **pervers narcissiques**. Je pense que des gens comme GLAUDE et sa catharsis ainsi que Claude SABA avec d'une part, la biologie totale et d'autre part, la psychogénéalogie ont ce profil de personnalité. Pour ceux de ma génération qui s'intéressent un peu à la dynamique de groupe peut-être que le nom de Anne HANSLIN FUTZENBERGER vous dit quelque chose. Il s'agit d'une des « papesses » de la « psychogénéalogie » qui s'est investie d'un rôle vis-à-vis des personnes atteintes du cancer. Elle prétend, comme Claude SABA, pouvoir guérir en se basant sur ses propres recherches en psychogénéalogie.

Ceci m'amène à évoquer le deuxième motif pour lequel je me suis intéressé à ces dérives psychosectaires. Il se fait que je suis malheureusement passé par la maladie physique et me suis rendu compte que même dans un domaine sacro-saint de la rationalité tel que l'hôpital Bordet à Bruxelles, on trouve une propagande qui se glisse de manière tout à fait informelle et très pernicieuse, une propagande pour des thérapies spiritualo-sauvageo-déirantes menées par ces gens dont on vient de parler à l'instant. Il y a là vraiment un danger, un danger extraordinaire de voir des gens atteints de cancers se faire prendre par des thérapeutes qui leur promettent la guérison en suggérant aux gens d'abandonner leurs traitements radio et chimiothérapeutiques. « Ma méthode, parce qu'on va travailler sur le blocage, vous permettra de vous en sortir ». Je suis confronté à des gens qui appellent l'AVPA pour demander « qu'est-ce que je dois faire ? ».... parce que finalement moi j'y crois à ce que me raconte ce bonhomme en biologie totale ».... « Il va me sauver puisqu'il travaille sur mes blocages...J'ai découvert que dans ma petite enfance j'ai eu un gros gros gros problème avec ma maman et que ça s'est cristallisé dans le foie, j'ai un problème de foie : foi FOI, foie FOIE ». On entre ici dans de jeu de langage, ces jeux de mots/maux qui sont souvent la règle. Des personnes viennent me trouver en me disant « ben voilà, je vis avec ce problème-là, qu'est-ce que je fais parce qu'on me dit : c'est important de pouvoir se consacrer exclusivement à ce décodage dit biologique proposé par les disciples de Claude SABA ». Alors on voit des gens qui arrêtent leur traitement parce que ça peut être très lourd de faire une chimio, ça peut être très très lourd de faire des radiothérapies, ça peut être très lourd tout ça. Ce qu'on a à faire et à mener comme combat, c'est de mettre les patients en garde contre tous les chantages de ce genre de discours qui se propage à une grande vitesse parce que nous voulons tous quelque part croire à la magie. Nous avons tous envie de croire aux miracles partout, tout le temps. Ben, les miracles, je ne sais pas où ils existent, moi je ne les vois pas, je ne les connais pas, ce que je sais c'est que la science me permet de dire « ben oui, il y a des possibilités, réelles, je pense au cancer par exemple, des possibilités réelles de s'en sortir, mais il n'y a pas de certitude ». Mais le discours qui se veut certain, qui définit une fois pour toute qu'on peut s'en sortir me semble effectivement DANGEREUX. Je ne sais pas si vous connaissez la « **gestalt thérapie** ». C'est une thérapie qui paraît toujours très sérieuse parmi le fatras new âge et dont les théories et les concepts de la psychologie humaniste ont pignon sur rue. Son auteur a été très tenté aussi à un moment donné dans son discours thérapeutique d'introduire des thèmes relatifs à la spiritualité.

Ce genre de discours qui englobe une part de spirituel se retrouve à peu près partout. Peut-être est-ce là aussi votre rôle que de ramener à la raison, cette sacro-sainte raison, des patients et leur dire clairement : « écoutez, le domaine de la spiritualité, c'est une chose. Vous croyez en ce que vous croyez, moi je pense que je crois mais nous sommes ici tous les deux, vous et moi, pour vous aider à vous sortir de vos problèmes d'ordre psychologique ». Car ces dérives vers lesquelles nous allons de plus en plus, confondre spiritualité et psychologie, amènent à casser le concept de transfert qui est quelque chose d'essentiel dans la thérapie. Tous ces thérapeutes jouent avec les transferts, avec cette notion de transfert, c'est-à-dire qu'ils établissent une relation fusionnelle avec leur patient. Tous attendent de leur patient qu'ils soient reconnus comme leur père, leur mère, ne créant pas les situations d'un contre-transfert quelconque, créant d'emblée des relations – et je l'ai vécu de l'intérieur, donc je peux en parler aussi – de tutoiement. On est de suite copain-copain. Les clients sont dans une attente inespérée d'une guérison, d'un mieux-être, de quelque chose qui va les libérer. Les conséquences, on les connaît. Quand on suit à la lettre ce genre de thérapeute, l'individu est détruit. Hier, pas plus tard que hier, une personne me dit que ça fait quatre ans qu'elle est en **hapto-analyse**, sorte de fusion entre la psychanalyse et l'haptonomie : « cela fait quatre ans que je paie 50 euros, en noir, pour 45 minutes, un kinésithérapeute pour me rendre compte que je n'ai pas avancé d'un pas, que je suis hyperdépressif, que ça ne va pas et que je ne sais plus quoi faire, je ne sais plus à quel saint me vouer et je n'ose pas lui dire « c'est fini » ». Cette relation de dépendance extrême dans laquelle cette « hapto-analyste » a mis son patient est due au rapport qu'il a établi avec lui pendant les 45 minutes X 30 X. Le rapport d'argent est également important : près de deux cent mille francs (en francs belges, excusez-moi) au bout de quatre ans rendent la personne prisonnière, dans une relation de dépendance extrême. Autre exemple très récent, une dame me téléphone en me disant : « je ne comprends pas ce qui m'arrive. Ma thérapeute me conseille toutes affaires cessantes de rompre avec mon mari parce que ce dernier est la personnification ou la réincarnation d'un aïeul qui m'a épousée parce que moi je serais aussi la réincarnation féminine de ce couple, d'un espèce de couple maudit ». (C'était deux cousins germains qui s'étaient mariés, germains : mariage consanguin). Vous allez me dire « c'est pas vrai, on peut refaire les arbres généalogiques ». Effectivement la dame sait très bien que l'homme en question n'a absolument aucun lien de parenté avec elle mais sa thérapeute lui a mis dans le crâne que l'homme avec qui elle vit est le double, d'une aïeule de cette personne. Cette espèce de capacité malsaine de persuasion est générale. Certes, on peut en rire et se dire : comment est-ce possible de se laisser piéger par des conneries pareilles ? ».

Et bien si. Dans des moments de détresse, vous le savez encore mieux que moi aussi, les gens peuvent avaler tout et n'importe quoi. On peut prendre pour argent comptant un discours qui paraît construit, clair, parce que qui dit clair dit souvent simpliste, malheureusement, et qui paraît en tout cas explicatif, et souvent fermé sur lui-même. D'une manière générale, les principaux critères de manipulation sont les suivants :

1. L'effet de groupe

Quand un thérapeute travaille avec un groupe évidemment les effets sont multiplicateurs sur le sujet c'est-à-dire que la soumission a de plus grandes chances de s'imposer, de s'instaurer dans un groupe que dans le cadre d'une relation individuelle.

2. La déstabilisation

Elle s'installe par une mobilisation des émotions, la pensée est toujours mise au rancart. Il faut à tout prix chasser le mental disent la plupart de ces thérapeutes. Laissez de côté votre mental. Autrement dit ne pensez pas, écoutez-moi, déchargez au maximum vos émotions et avec ça on va travailler. Il est essentiel pour tout thérapeute de ce type-là de ne s'intéresser dans un premier temps qu'aux émotions.

3. L'isolement

Créer des conditions d'isolement et des ruptures est la règle. C'est une constante, il faut créer des ruptures. C'est parfois un isolement physique et toujours un isolement psychologique principalement vis-à-vis de la famille et des proches. La recommandation qu'un mari cesse de voir sa femme ou l'inverse est monnaie courante.

4. La culpabilisation généralisée

La culpabilisation fonctionne tous azimuts. On dit en général que, dans les phénomènes psychosectaires, le sujet doit être culpabilité pour être manipulable. En fait, on peut le culpabiliser très indirectement, c'est le cas de l'adolescent que je vous citais tout à l'heure : quel poids porte-t-il d'avoir sur les épaules le soi-disant pseudo-décès par suicide d'un aïeul ? Qu'est-ce que ça peut avoir comme conséquence culpabilisante d'entendre ce genre de choses. Il y a toujours quelque part une culpabilité qui doit être instaurée pour que l'emprise s'installe.

5. L'altération de la vigilance

Vous savez bien que si vous ne dormez pas, votre vigilance va diminuer, si vous mangez peu, votre vigilance va diminuer. Dans les thérapies de groupe, c'est excessivement courant. On ne mange pas ou peu et on dort peu. Les rounds, les marathons, sont chose courante.

6. L'obéissance

Une obéissance draconienne à des consignes parfois complètement aberrantes est la règle. Une des consignes les plus perverses, est que c'est au patient qu'on demande de ne pas révéler ce qui se passe dans les séances. Le thérapeute fera lui ce qu'il voudra et racontera à qui il voudra. C'est un peu comme si vous alliez voir votre médecin traitant pour un rhume et qu'il vous prescrive un médicament mais que vous ne pouvez pas le dire à votre voisin, votre voisine, votre conjoint ou votre conjointe : « ben voilà, j'ai pris ça ». Il y a un individu à Bruxelles qui agit de la sorte, qui organise des stages où le « client » de la thérapie doit prendre par écrit l'engagement formel, sans aucune valeur juridique bien sûr, mais ça le patient ne le sait pas, de ne jamais divulguer ce qui s'est passé à l'intérieur de la thérapie, dont les exercices de conditionnements parmi lesquels l'exercice « du tunnel » qui revient très fréquemment, soi-disant pour revivre les conditions de sa naissance, et par-là du rapport à l'autre, est-on proche, pas proche, a-t-on des blocages, se sent-on physiquement dans une proximité ou a-t-on peur de l'autre ? C'est là qu'on ressort le syndrome des faux souvenirs, inceste, peur du père, le père qui vous a sûrement abusé avant l'âge de trois ans, merci pour les souvenirs. Concernant les syndromes des faux souvenirs, cela touche à peu près deux cent milles personnes aux Etats-Unis qui se font avoir par la « **re-création** » de ce syndrome de l'inceste. C'est vraiment là quelque chose de PHENOMENAL. Alors à l'inverse, on peut assister également à partir d'un phénomène réel ou imaginé par le client à une réappropriation interprétative du thérapeute ; ça peut être ; « ah, vous avez été abusée Mademoiselle ou votre père a été le responsable d'attouchements sexuels ». « Et bien, dans la thérapie, vous allez lui demander pardon parce que vous êtes quelque part un peu responsable aussi des attouchements que vous avez reçus étant enfant »...ne parlait-on pas de culpabilisation généralisée dans les pages précédentes !

Est-ce que vous vous imaginez en train de dire à une patiente qui vit avec cette réalité-là « j'ai subi des attouchements de mon père et ça a duré pendant des années » qu'elle doit symboliquement s'excuser à genoux, parce qu'il s'agit de le faire à genoux, devant un père imaginaire, parce que elle, elle l'a provoqué ? Moi, je suis outré. Mais cela existe. Donc ça veut dire qu'enfant vous étiez coupable. Voilà. Si on vous a touchée, c'est que vous êtes coupable !

7. La séduction

Parmi les techniques de mise sous influence, une est particulièrement efficace et récurrente : la séduction. J'en ai déjà touché un mot : la séduction du thérapeute est manifeste. Une des grandes spécialités des psychothérapeutes bidons, c'est d'avoir une biographie comme personne n'en a. Le meilleur acteur de cinéma, la plus belle star d'HOLLYWOOD n'a pas, n'a jamais une bio extraordinaire comme celle qu'il m'a été donné de voir. Ça impressionne. Je me rappelle ma thérapeute « en primal », j'en ai encore le souvenir, c'était une américaine, blonde, une vraie blonde, pas idiote du tout, très belle avec un accent américain charmant. Moi, j'étais séduit par cet accent. Ses ascendants, d'origine française, étaient sûrement venus en Amérique chercher fortune. En outre, elle s'était inventé une ascendance amérindienne, iroquoise, de je ne sais plus de quelle tribu.. Si elle l'a fait, c'était simplement parce qu'il lui fallait créer une aura de spiritualité intéressante pour être crédible. D'emblée, elle se présentait comme cela dans ses séances de thérapies primales. C'est là la perversité de la chose, que dans ce colloque particulier entre un client et son thérapeute, d'emblée ce dernier se présente avec tout ce qu'il est, tout ce qu'il rêve d'être, toutes ses croyances et il amène ça dans l'existence du client. Je puis vous présenter, à titre d'exemple, une bio d'une thérapeute de Namur dont j'ai supprimé le nom. Cette dame a commencé à être formée aux *massages shiatsu*, puis en *réflexologie plantaire*, puis en *relaxation coréenne et californienne*, puis elle a été formée à *l'écoute et à l'accompagnement des malades et des mourants*, ce qui fait très sérieux, puis elle a fait de la *PNL* à l'institut Ressources qui est très connu ici à Rixensart, et puis elle a fait bien d'autres choses encore dont de la *kinésiologie*, et des *techniques chamaniques* qui, pour le moment, marchent du tonnerre, mais qui vous effraient, le chamanisme péruvien en particulier avec consommation de ayahuasca. Il s'agit d'une racine hallucinogène utilisée rituellement par les populations indigènes indiennes et qui est utilisée ici par des thérapeutes dingos, graves. L'ayahuasca, en France, est considérée comme stupéfiant, les thérapeutes qui l'utiliseraient encore sont susceptibles d'être poursuivis, ce qui n'est pas encore le cas en Belgique.

Enfin son C.V. se termine par la *sybokinésiologie* et la *vitospagirie* qui, pour ceux qui ne savent pas, inclut des techniques de thérapies alchimistes médiévales avec des plantes. La majorité de la population, devant une bio pareille, craque ; en plus la fille est jolie, elle n'est pas blonde mais elle est jolie. Voici encore un exemple dans cette nébuleuse des thérapies « new âge ». La psychogénéalogie et les constellations de BERTELINGER. Je ne sais pas si vous connaissez, c'est grave aussi. Il s'agit d'un ancien missionnaire catholique, défroqué, qui s'est intéressé à toute une série de thérapies. Il a commencé par un petit peu de psychanalyse, un petit peu de bio-énergie par-là, un petit peu de tout, puis a inventé sa méthode des constellations samiales. Il faut savoir que ce type est un grand admirateur d'Hitler. Les constellations samiales de BERTELINGER se répandent en Belgique à partir de l'Est du pays. Je viens moi-même de l'Est de la Belgique, de la partie germanophone. J'ai vu arriver ce danger-là mais il se répand maintenant partout. C'est une pratique terriblement autoritaire. Le thérapeute installe dans l'espace de thérapie (ça se fait en groupe) des constellantes, c'est-à-dire des personnes qui sont sensées représenter la famille du sujet qui doit subir les soins. Il y aura le père, la mère, le grand-père mais peut-être Dieu aussi et la Patrie, soit des figures symboliques et des figures réelles. Le thérapeute, de manière tout à fait intuitive, avec un petit peu d'intuition divine, place les constellants par rapport au sujet souffrant et décrète : « tel problème que tu as évoqué tout à l'heure est dû à la place qu'occupe ton père, la Patrie, ... dans ta problématique. Il faut absolument que tu résolves ce problème-là par exemple que tu demandes pardon à ton papa, que tu t'excuses auprès de lui parce que en fait ce dont tu souffres maintenant, la hernie discale, c'est dû à un refus de t'abaisser devant lui, etc... Je ne suis pas en train de broder quoi que ce soit. Quand Michel DEGOSSÉLY vous parlait tout à l'heure des phénomènes psychosomatiques, et bien la psychosomatisme généralisée est ultra présente avec des raccourcis de ce style-là : hernie discale = refus de s'abaisser.

8. La gratification paradoxale à outrance du sujet

Les thérapeutes gourous peuvent culpabiliser quelqu'un puis, tout d'un coup, dans la fraction de seconde qui suit, le mettre sur un piédestal extraordinaire complètement irréal. Il faut savoir qu'une des règles pratiquement générale, c'est que tous ces psychothérapeutes déviants ont pour principe de dire à leur client, pratiquement à la première séance, « vous, je vois chez vous que vous avez les capacités de devenir un jour un bon thérapeute ». Ca veut dire quoi.

Ca veut dire qu'on va signer ensemble un contrat tacite, qu'au bout d'un an ou deux ans de thérapie, vous allez faire une formation avec moi. On n'est pas dans la formation didactique du psychanalyste, on est là dans quelque chose qui appartient encore à un autre registre. Le marché est rempli de gens qui s'alimentent mutuellement de leurs propres clientèles et la clientèle en question devient elle-même thérapeute. Je connais des gens qui sont en thérapie depuis 30 ans dans ce système-là et qui ont des vingtaines de thérapies différentes avec des thérapeutes différents à leur « passif ». C'est un circuit, un circuit économique qui a besoin de s'alimenter énormément à l'extérieur parce qu'il y a quand même une concurrence très forte car il y a de plus en plus de psychothérapeutes déviants.

Face à ce triste constat, le rôle de l'AVPA, Association d'Aide aux Victimes de psychothérapeutes autoproclamés vise trois objectifs différents et complémentaires.

1. Une mesure d'information

Il y a eu déjà des campagnes de presse, elles vont continuer, il ne faut jamais arrêter, il ne faut jamais baisser les bras face à une recrudescence de ces thérapies-là conjuguée à une complaisance du milieu des médias, et en particulier d'ailleurs de magazines féminins, je ne citerai pas lesquels mais c'est clair que c'est vraiment là qu'on trouve la publicité la plus élogieuse pour toutes ces thérapies-là. Donc un rôle d'information.

2. Un rôle d'entraide.

Les personnes victimes de thérapies se mettent ensemble pour trouver des solutions. Pour le moment, il y a des personnes qui sont en train de se battre contre un thérapeute dans le domaine de la biologie totale, ici en Belgique, parce qu'elles se sont rencontrées grâce à l'association. Il y en a d'autres qui sont en route pour aussi se battre, enfin je ne vais pas dire contre quel thérapeute en particulier. L'AVPA ne va pas en justice pour défendre les positions des victimes mais plutôt pour les aider à s'organiser.

3. Une force de pression

Le troisième rôle, c'est un rôle de pression qu'on n'a pas assez le temps de mener malheureusement auprès des pouvoirs publics. Je pense en particulier au problème qui nous occupe et qui vous occupe je suppose aussi, à savoir le statut des psychothérapeutes. Il me paraît important, au vu de ce qui vient d'être exposé par moi-même et par le Docteur DEGOSELY, de faire entendre, via l'association, la voix des victimes par rapport à ce statut des psychothérapeutes. Dans ce projet de loi, il est prévu qu'un collège de psychothérapeutes soit constitué à côté d'un collège de psychologues cliniciens et d'un collège de psychiatres. Ce collège des psychothérapeutes soulèvent à mon sens des questions quant à sa composition, qui en fera partie ?, quelles seront les règles déontologiques ?, etc. Ça pose beaucoup de questions, c'est un grand et long débat aux conséquences importantes pour les usagers.

Nshimirimana Léandre

Psychiatisation de la souffrance sociale.

1. Introduction : Pinel..., réveille-toi !

On considère habituellement Philippe Pinel (1745-1826) comme celui qui le premier a libéré les malades mentaux de leurs chaînes, a séparé les agités des calmes, a remis en liberté tous ceux qui étaient enfermés pour causes purement morales, économiques ou politiques. On pourrait dire que la grande révolution de Pinel a été de distinguer *l'aliénation mentale* de *l'aliénation sociale*. A l'époque déjà, c'est le préfet de police qui était le plus réticent à la libération des indigents enfermés, non pas pour des raisons médicales, mais pour des préoccupations d'ordre public !

Le geste de Pinel n'était pas seulement psychiatrique : *il était politique*. C'est au fond comme s'il disait, à chacun ses responsabilités : «Je prendrai soin de mes malades, mais de votre côté, prenez soins de ces citoyens qui ne sont ni malades, ni invalides, ni handicapés, et qui ne souffrent que des contradictions inhérentes à vos choix politiques »

Pinel a connu ses heures de gloire, reçu de prestigieuses distinctions pour son œuvre. Pourtant, douze ans à peine après sa mort, est votée la fameuse loi du 30 juin 1838, portée par deux des principaux élèves de Pinel, Esquirol (1772-1840) et Ferrus (1784-1861). Cette loi codifie *le statut juridique de l'aliéné*, et le premier de ses objectifs est de défendre la société contre les réactions anti-sociales des aliénés¹. On assiste à la revanche du préfet de police, qui peut ordonner un internement d'office de toute personne qui dérange l'ordre public. Le risque est évident: le retour dans la sphère de la psychiatrie et de la psychothérapie de ceux-là, mendiants et vagabonds, que Pinel avait libérés !

La loi n'était pas entièrement mauvaise, et si elle s'est maintenue jusqu'en 1968, c'est sans doute que la société et le monde médical y trouvaient leur compte. On peut souligner en effet, que dans certaines circonstances, elle défendait également l'aliéné contre une société souvent intolérante, voire agressive envers le malade mental. On ne peut nier non plus qu'elle a rendu possibles de nombreux progrès de la psychiatrie, notamment au niveau de la nosographie.

¹ Les deux autres objectifs étaient d'assurer aux aliénés l'assistance médicale dans des établissements spécialement destinés à les recevoir, et d'assurer ensuite la protection de la personne et des biens des individus internés. La surveillance des établissements d'hospitalisation, ouverts dans chaque département, était confiée aux autorités judiciaires. L'organisation asilaire restera sous la compétence du ministère de l'intérieur, jusqu'en janvier 1920; passe alors au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, qui deviendra ministère de la santé publique le 2 mars 1930. Malgré toutes les critiques dont elle a fait l'objet, la loi de 1838 ne sera modifiée qu'en 1968 (A. Porot, *Manuel alphabétique de psychiatrie*. Paris, PUF, 1969).

Bien sûr, la loi de 1838 ne ralliera pas tous les psychiatres, et l'on verra déjà, dès sa promulgation, de grands psychiatres proposer une sorte de retour à Pinel, préférant le *non-restraint* à la camisole, et l'*open door* (ou hébergement familial) à l'enfermement².

Dès l'ouverture des premiers asiles, la question de l'*insertion sociale de l'aliéné se pose déjà*. D'abord, les psychiatres le constatent rapidement, les hospices ont beau être pleins, le nombre de malades en ambulatoire restera toujours supérieur à celui des hospitalisés (jusque dans les années 1870). En plus, se pose la question *que faire du malade dont on envisage la sortie prochaine ?* Et que faire de celui que l'on considère comme *chronique ?*

Les premières réponses à ces questions furent *des initiatives privées, menés par des psychiatres*. La première société de *patronage* des aliénés guéris est créée en 1840 par Jean Pierre Falret. Il ouvre ce qu'il appelle "*un asile ouvroir*", en faveur des aliénées indigentes guéries de la Salpêtrière, un atelier de couture, une structure intermédiaire entre l'hôpital et la société, où le convalescent reçoit un accompagnement qui lui évitera une rechute.

Falret était médecin à la Salpêtrière, il avait une maison de santé privée, mais aussi rendait visite à domicile à nombreux de ses malades³. On peut penser qu'il a pris rapidement conscience de «*la dimension pathogène*» de la précarité chez ses malades.

Ce qui est intéressant chez lui, c'est qu'il était un défenseur inconditionnel de l'enfermement des aliénés. ***Il n'y a donc pas de contradiction entre une position ferme sur la nature de la maladie mentale et sur l'utilité de l'enfermement asilaire comme condition de soins, et le travail, en aval, de réadaptation sociale du malade sorti de l'hôpital.*** Souvent d'ailleurs, c'étaient les mêmes psychiatres qui étaient défenseurs de l'enfermement de l'aliéné et qui s'investissaient largement dans le travail de réinsertion des anciens malades ou des convalescents.

Cette initiative, qui longtemps fonctionnera par la charité, sera finalement reconnue d'utilité publique et, en 1892, une circulaire du ministère de l'Intérieur (Constans) va créer une société de patronage par Département, avec des aides financières publiques et d'autres avantages. Plus tard, on proposera *d'étendre le patronage aux familles mêmes des aliénés aidés*, par des actions d'assistance et des conseils.

² «Le tiraillement historique entre soins et insertion» est analysé par Jaeger, M. (2000): L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie. Paris, Dunod, pp. 21-39).

³ Il était très lié aux milieux catholiques libéraux de l'époque, et certains hommes d'Eglise, comme l'abbé Lacordaire, soutiendront activement son œuvre. Il a également créé des sociétés de patronage pour anciens prisonniers libérés. L'intérêt des milieux catholiques pour l'œuvre de Falret n'avait rien à voir avec la question de l'ouverture ou de la fermeture de l'asile. Les hôpitaux tenus par les congrégations religieuses n'ont rien à envier, en enfermement, aux autres.

Il faut dire qu'il s'agit jusque là du travail de réinsertion sociale du malade mentale, exigée par *la conviction que le travail clinique n'aurait d'effet durable que s'il s'accompagnait ou se prolongeait par un autre travail, portant sur les conditions concrètes d'existence du malade.*

Il ne s'agit donc pas, dans cette critique, de prétendre que la psychiatrie n'a que faire du social.

De nombreux psychiatres admettent depuis longtemps que le sujet humain est une entité bio-psycho-sociologique, et que certaines pathologies entraînent des ruptures ou des complications dans le social.

On sait également que, sous l'emprise de conflits psychiques internes, des individus sabotent des projets qu'ils ont mis des années à construire, et font tout, comme disait Freud, pour *échouer dans leur réussite*. La névrose d'échec, la compulsion de répétition, sont autant de concepts cliniques qui peuvent effectivement rendre compte de certains processus d'auto-exclusion du social.

On sait également que des situations d'échecs répétés chez des sujets sains — même Chirac a reconnu officiellement que l'embauche au faciès est une réalité ! - peuvent faire sombrer dans la dépression, ou dans l'alcoolisme, ou dans la violence. Dans une société où le travail est le pilier majeur de la dignité et de l'identité, *le support de l'individu social* comme dirait Castel, le perdre peut avoir des conséquences graves sur la santé mentale et physique. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

De quoi s'agit-il ?

Dans une publication récente de la Cocof — *Facettes de la santé mentale aujourd'hui à Bruxelles* — on demande à un directeur d'un service de santé, le WOPS, son regard sur l'évolution des demandes de prise en charge dans son service. Il répond qu'à Woluwé, il n'a pas observé de changement spectaculaire des demandes de la population elle-même. Mais il note un changement majeur dans les attentes des pouvoirs publics qui se traduit notamment par une augmentation sensible *des demandes de prise en charge sous contrainte judiciaire, et des pressions des autorités, plus ou moins amicales, pour que les services de santé mentale soient plus efficaces dans le maintien de l'ordre social.*

Les préoccupations sécuritaires des pouvoirs publics sont bien ressenties dans les services de santé mentale, et l'on attend par exemple que les programmes de traitement des délinquants sexuels fassent disparaître le symptôme, ce qui est loin d'être évident... Comme on attend, quand on nous envoie un jeune délinquant pour un suivi de probation, qu'on le guérisse de sa délinquance.

Dans le même numéro, le directeur d'un autre service de santé mentale, "Le Méridien", insiste quant à lui sur l'ambiguïté du recours de plus en plus fréquent aux expertises psy qui, souvent, *dés-approprient les gens des possibilités d'avoir eux-mêmes une certaine expertise sur leur situation*. Un collègue, travaillant dans un service de placement pour petits enfants, nous disait l'autre jour que, lorsque les familles africaines sont confrontées à la décision d'un juge de placer leur enfant en famille d'accueil ou en institution, elles arrivent presque toujours à trouver une solution alternative.

C'est une manière pernicieuse, dit Burquel, d'étendre le champ de compétence de la santé mentale que d'aborder les problèmes humains sous un angle réducteur de la psychologie ou de la psychiatrie, celui de la consultation, du diagnostic, de l'expertise. Il dénonce donc *cette tendance à mettre du psy partout, à voir du handicap, du déficit, de l'inadaptation, bref, à médicaliser ou "psychiser" des faits qui, en réalité, pourraient bien s'appréhender autrement*.

Cette tendance à adresser au psy des souffrances d'origine sociale ne date pas d'hier.

Dans "*Le livre blanc de la psychiatrie française de 1966*", les sommités de la psychiatrie de l'époque (Doumézon, Ey, Bonnafé...), dans une discussion sur les fonctions sociales de la psychiatrie, reconnaissent la nécessité pour les équipes psychiatriques d'agir sur les structures sociales en tant que responsables de la santé mentale d'un territoire donné. Toutefois, notaient-ils : *«La psychiatisation progressive de tous les problèmes entraîne le psychiatre à jouer un rôle dans des domaines où il n'est pas souhaitable qu'il en ait...»*

La psychiatisation de la souffrance sociale a été dénoncée par les anti-psychiatres, pour des raisons qui étaient, dirais-je, plus politiques que théorico-cliniques. Dans les critiques célèbres de Michel Foucault ou de Robert Castel il s'agissait de *« dénoncer non seulement l'asile, mais aussi le pouvoir psychiatrique comme force archaïque de domination*⁵. L'hôpital était un outil de contrôle, un lieu d'enfermement de sujets libres et dangereux pour le pouvoir. Au fond, la folie était une forme de dissidence politique...

La psychiatrie a d'ailleurs fait de son mieux pour s'humaniser, pour ouvrir l'asile, et des communautés thérapeutiques, des centres ouverts ont vu le jour... Robert Castel reconnaît volontiers qu'il n'existe plus de cible pour sa critique (2005 : 160-161). Mais en même temps, face à la misère sociale, il avoue qu'il est incapable de dire quelle position doit prendre la psychiatrie d'aujourd'hui.

« Il semblerait que la psychiatrie ait quelque chose à faire avec la misère humaine, y compris sous ses formes sociales, et qu'elle ne devrait pas abandonner la prise en charge de la souffrance psychique. Mais en même temps, avec le risque qu'elle les psychiatrise. Mais si elle ne les psychiatrise pas, qu'est-ce qu'elle peut faire ? Autrement dit, est-ce de l'ordre d'un mode de professionnalité psychiatrique de prendre en charge ces situations de personnes en grande difficulté ? Par exemple, en quoi le psychiatre serait-il plus efficace qu'un intervenant social ? »

On peut dire que les psychiatres eux-mêmes ont des avis nuancés sur cette question. Certains refusent clairement la psychiatisation des problèmes sociaux, et estiment qu'ils ont de quoi s'occuper avec les psychotiques, les déprimés et autres angoissés. D'autres, tout en se défendant également de psychiatriser la misère sociale et en insistant sur ce fait qu'elle n'a rien de "*pathologique*", estiment toutefois qu'il y a quelque chose à faire avec *les souffrances diverses liées aux conditions sociales d'existence*.

Le psychiatre Claude Louzon, défenseur de cette deuxième position, pense que, face à la misère sociale, *la psychiatrie n'est pas la réponse, mais participe à la réponse*, en soutenant l'ensemble des dispositifs de première ligne, en jouant un rôle *«d'expert (et pas seulement de praticien) de la chose mentale qui vient sécuriser les intervenants et contribuer à ce que chacun occupe sa place...»*

Mais justement, en tirant ces difficultés — *que l'on pourrait tout aussi bien qualifier de faits sociaux relevant de la compétence des responsables politiques*⁶ — vers "*la chose mentale*", en se positionnant comme "*un expert*" ou comme celui qui vient "*sécuriser les intervenants*", quelle place se donne le psychiatre, ou quelle fonction souhaite-t-il remplir dans le système social où il évolue ?

Je propose donc d'aborder le thème de *psychiatisation de la souffrance sociale* sous un autre angle que celui de la polémique et que je qualifierais d'*anthropologie de la souffrance*. Je me pencherai d'abord sur la notion de souffrance sociale en Occident. Je vais interroger ensuite les manières de définir et de qualifier les souffrances dans une société donnée, de leur attribuer un sens. Enfin, j'interrogerai la pertinence des réponses psychologiques, ou de cette fameuse "*clinique psychosociale*", proposée comme réponse aux problèmes d'origine sociopolitique.

⁴ Cfr Rhenter Pauline et Michel Jacques (2005) : "Culture et identité : la psychiatrie publique à l'épreuve" in Joubert Michel et Louzon Claude, dir. (2005) : Répondre à la souffrance sociale. Paris, Erès, p. 133.

⁵ Castel, Robert (2005: 160): «Risques, insécurité sociale et psychiatrie», in Joubert et Louzon, pp. 147-162).

⁶ Voir Fassin, D., (2005) : Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute. Paris, La découverte.

2. De la souffrance sociale à la souffrance psychique

On pourrait distinguer au moins deux approches théoriques quasi-opposées des faits du fait que l'on qualifie de souffrance sociale. Une approche *socio-politique*, et l'autre, *psycho-clinique*. Entre les deux, je place Christophe Dejours, avec sa position que je qualifierais de *psycho-politique*.

a. Une approche socio-politique

Dans la littérature américaine sur *la santé publique*, les notions de "collective suffering" et de "social healing" ont été proposées en 1996, par des auteurs réunis autour de Arthur Kleinman, pour qualifier:

«les blessures communes dévastatrices que l'ordre social, politique et économique vient infliger, à des degrés variant selon les situations locales, tant aux personnes individuelles qu'à des groupes sociaux particuliers et parfois à des communautés entières» Pour ces auteurs, « la souffrance sociale est le résultat de ce que *le pouvoir politique, économique et institutionnel fait à la population*, et, réciproquement, de la manière dont ces formes de pouvoir elles-mêmes influencent les réponses aux problèmes sociaux.»⁷

Kleinman nous invite, en tant qu'institutions de soins, à nous demander si notre manière d'influencer la réponse à des situations de souffrance n'est pas elle-même génératrice de souffrances.

Ce que défendent ces auteurs :

«C'est qu'on n'a pas le droit de séparer les niveaux individuel et social, de mettre dans deux cases distinctes les problèmes de santé et les problèmes sociaux, comme s'ils appartenaient à deux espaces déconnectés l'un de l'autre, de se centrer exclusivement sur le style de vie individuel des personnes sans tenir compte du contexte socio-économique et politique dans lequel celles-ci vivent ...» (Bibeau, *ibid*).

⁷ *«Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people, and, reciprocally from how these forms of power themselves influence responses to social problems. Included under the category of social suffering are conditions that are usually divided among separate fields : health, welfare, and legal, moral, and religious issues...»*

Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (Eds). (1996). Social Suffering. Deedalus, 125 (1), 1-283. Cité par Bibeau G.: Une troisième voie en santé publique, in Ruptures: revue transdisciplinaire en santé, VI, 2, 1999, 209-236.

Dans cette approche, reprise par des anthropologues de la santé comme Gilles Bibeau, ou des psychiatres comme Cécile Rousseau, *l'insistance est mise sur les violences que les sociétés néo-libérales infligent aux plus fragiles de la population. C'est Bibeau et ses collègues qui proposent d'ailleurs les notions de dispositif pathogénique pour dire qu'il existe des systèmes malsains qui peuvent mettre en péril la santé mentale des populations.*

Cette approche s'appuie sur des recherches empiriques et objectives, qui toutes tendent à prouver un lien intime entre la santé et la maladie et la condition sociale des gens, leur statut social, leur accès à la richesse, leur niveau d'instruction...

Une question intéressante, mais dont les réponses restent vagues, c'est de savoir *comment justement s'agencent l'ordre du public et celui du privé, comment une contradiction dans un système social affecte les individus dans leur santé et leur bien-être.* Qu'est-ce qui rend certaines personnes hyper-sensibles à ces contradictions, tandis que d'autres résistent à leurs effets pathogènes ?

Au delà de l'Amérique, on trouvera chez Kovess-Masféty⁸ de nombreuses études épidémiologiques montrant la surmorbidity des plus défavorisés dans les sociétés occidentales, les effets du chômage sur la santé, etc. Un fait semble avéré, et Jean Furtos, un des promoteurs de la clinique psychosociale y insiste : *la complication majeure de la grande précarité, c'est la mort !*

On trouvera également dans les nombreuses recherches sur les *Life Events*⁹, la tentative scientifique de démontrer l'impact des événements de vie particuliers sur l'apparition de troubles divers, psychiatriques ou psycho-somatiques.

Dans cette approche, la perte d'un travail et d'un revenu, d'un logement décent, des droits à une éducation et une santé de qualité, être sans papiers ou sans domicile, bref, que la perte d'un pilier quelconque de la dignité humaine peuvent être approchés comme des "stresseurs", parfois chroniques, devenant des difficultés graves qui, en interaction avec des facteurs de vulnérabilité individuelle, peuvent entraîner l'éclosion d'un trouble psychiatrique.

⁸ Cfr notamment Kovess-Masféty (2001) : Précarité et Santé Mentale. Paris, Doin.

⁹ Voir par exemple Tousignant, M. et Harris, O. T. (2001) : Événements de vie et psychiatrie. Apport des études du *Life Events and Difficulties Schedule*. Paris, Doin.

b. psycho-clinique

Cette approche insiste sur *la souffrance psychique éprouvée par le sujet en prise à une situation sociale de pauvreté, de chômage, de précarité, d'exclusion...* Il s'agit en gros de la souffrance de tous les laissés-pour-compte de la justice sociale.

Alors que, dans l'approche précédente, les auteurs s'intéressaient à des processus économiques et politiques généraux, ici on met en avant "*les mouvements psychiques*" du sujet en situation d'errance, d'exclusion, de désaffiliation.

Une confusion reste pourtant, entre ceux qui nomment cette souffrance "sociale" et ceux qui la disent "psychique". Des débats et des colloques ont été organisés, pour savoir s'il fallait la qualifier de sociale¹⁰, de psychique¹¹, de psychosociale¹²...

Mais si l'appellation pose problème, la réalité elle semble claire : il s'agit «*d'une souffrance, affectant le psychisme, non psychiatrique, d'origine sociale*». Bref, de ces affects pénibles et complexes, faits d'anxiété, de honte, d'impuissance, de perte d'estime de soi, de détresse ou de résignation... que connaissent les personnes qui perdent, ou vivent dans la peur permanente de perdre un de ces pilier majeur de l'identité et de la dignité que sont l'emploi, le revenu, le logement, un statut administratif, un droit humain essentiel...

Certains, comme Jean Furtos, psychiatre, proposent de la nommer "psychique", tandis que d'autres, comme Michel Joubert, la nomment "sociale".

Critiques

D'abord, il y a comme de la naïveté dans l'insistance sur la souffrance psychique de certaines catégories sociales : «Les pauvres souffrent ? Ah bon ! On croyait qu'ils étaient seulement pauvres !» Ah, le chômage, ça fait mal ? On n'était pas au courant...

¹⁰ Furtos J. et Colin, V., "*La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine*", in Joubert, M. et Louzoun C., dir. (2005) : Répondre à la souffrance sociale. Paris, Erès.

La souffrance psychique, telle qu'abordée ici, n'est pas à confondre avec la "*détresse psychologique*" ou *démoralisation* (chez les auteurs anglo-saxons) qui désigne l'état d'un individu dont les possibilités psychiques sont dépassées, que ce soit pour des raisons extérieures (sociales, stress) ou intérieures (névrose, pathologies diverses...) (Kovess-Masféty, ibid. pp 16-17)

¹¹ Colin et Furtos, 2005, in Joubert et Louzoun, 2005- 106.

¹² Cfr "*La souffrance psychosociale*". Hors Série, 2005. Rapport d'une journée d'études et de formation organisée par le Contrat de Ville de l'Agglomération de Mont-de-Marsan.

Ensuite, *on oublie que ces conditions «d'origine sociale» sont complexes et multiples*. La souffrance d'un jeune turc bardé de diplômes, qui n'a jamais pu entrer dans le monde du travail, est-elle la même que celle d'un ouvrier liégeois qui a suivi son père à l'usine, et qui, après trente ans d'un même travail, se voit prié d'aller se convertir ailleurs ?

En plus, cela ressemble à *un pléonasme : toute souffrance a une composante psychique*. De nombreuses maladies mentales s'accompagnent d'une grande souffrance psychique.

Pourquoi celle-là, qui s'origine dans le social, devrait jouir de ce privilège indu d'être la seule à avoir le titre de psychique ?

Peut-être est-ce seulement une manière de légitimer les réponses psychologiques que l'on se propose d'y apporter ? Car, justement, ce sont ceux qui parlent de "souffrance psychique" qui proposent également une "clinique psychosociale", qui, de manière simple, cherche à «*prendre en compte les mouvements psychiques d'une personne donnée dans le cadre d'une mission sociale (de réinsertion, d'éducation, d'hébergement...)*» (Furtos et Colin, 2005).

Dès son apparition, la notion de souffrance psychique impliquait le soin clinique comme réponse.

Bref rappel : 1993, sur une demande de la délégation interministérielle à la Ville et au développement urbain, ainsi que la délégation au revenu minimum d'insertion, est créé un groupe de travail, appelé «*Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*». Une cinquantaine de professionnels, psychiatres, psychologues, médecins, sociologues, administrateurs, seront associés à ce travail, coordonné par Antoine Lazarus, professeur de santé publique de l'université Paris-Nord, et dont les résultats seront publiés en février 1995, sous le titre «*Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*». Rendu public par Simone Weil, alors ministre des Affaires Sociales, il connaît un vif succès, et de nombreux acteurs sociaux, privés ou institutionnels en font leur référence pour rendre intelligibles les problèmes sociaux qu'ils affrontent chaque jour, mais aussi un argument pour légitimer leurs projets¹³ et leur demande de subventions.

¹³ En 1986, avait débuté "L'expérience Franc Moison", dans une cité de la ville de Saint-Denis, où une équipe de médecins et de sociologues réalisa, en collaboration avec les habitants et les professionnels de la cité, une recherche action autour de la santé, selon une démarche de santé communautaire. (Les résultats de la recherche furent publiés par Joubert, Michel., Bertolotto Fernando et Patricia Bouhnik, *Quartier, démocratie et Santé*. L'Harmattan, Paris, 1993). Les auteurs affirment lancer les bases d'une *clinique du quotidien* intégrant les données et les observations référant au mode de vie des personnes et des familles, ainsi que *l'expression de leur ressenti*. Ils proposent d'objectiver cette clinique par une *épidémiologie du mal-être*. A partir de 1990, les mêmes chercheurs et médecins se retrouvent dans un séminaire, "Ville et Santé",

Dès les premières pages, le rapport affirme l'existence d'un «problème mal identifié mais pesant, perturbant, celui de la souffrance, du mal-être d'un nombre important de personnes» et qui ne correspond point aux outils classiques de diagnostic et d'intervention psychiatrique.

c. Une approche psycho-politique

L'approche que propose Christophe Dejours dans *Souffrance en France*, mérite une attention particulière, puisqu'il fait jonction entre les deux approches. Tout en abordant la souffrance au travail comme fait psychique, il n'y voit de solution que politique : ses recherches portent en effet sur la souffrance subjective des travailleurs en tant qu'elle est la conséquence d'une injustice sociale dont la réponse ne peut être que politique ou syndicale. *La question de départ et qui reste en filigrane à travers tout le livre, ce n'est pas tant le caractère subjectif de la souffrance, que les ressorts subjectifs de la domination : «pourquoi les uns consentent-ils à subir la souffrance, cependant que d'autres consentent à infliger cette souffrance aux premiers ?»*

3. La construction culturelle de la souffrance.

J'appelle *souffrance la dimension subjective, individuelle et intransmissible de toute douleur*. L'événement douloureux ne nous affecte pas d'une manière automatique : il est travaillé par les systèmes symboliques dont nous disposons et qui varient en fonction de notre histoire personnelle, de notre éducation, de notre culture. **C'est cette humanisation de la douleur, sa transformation en chose humaine, que j'appelle souffrance.**

La langue française dispose de beaucoup de possibilités pour dire que l'on éprouve quelque chose de pénible ou de désagréable : *je souffre, j'ai mal, je sens une douleur...* J'avoue que la nuance n'est pas pour moi toujours claire. Probablement parce que le kirundi, ma langue maternelle, ne dispose que d'un seul mot pour dire souffrance ou douleur : *ububabare*.

C'est le même verbe *souffrir* qui signifie également *prendre soin de : je me préoccupe de toi*, se traduirait en kirundi par "*Je te souffre...*", *ndakubabaye*, je t'éprouve pathiquement, je porte tes problèmes dans ma propre poitrine.

Il est intéressant de noter que "souffrir quelqu'un" existe aussi en français, mais surtout dans sa forme négative : «ne pas souffrir quelqu'un...», ne pas le supporter, ne pas le sentir...

Souffrir pour soi, kwibabara, c'est se préoccuper de sa personne, prendre soin de soi, mais avec un sens péjoratif. Tandis que *souffrir pour quelqu'un, kubabarira*, c'est pardonner, excuser, compatir.

Ces subtilités lexicales nous renseignent déjà sur ce fait que *les cultures ne mettent pas à la disposition de leurs ressortissants les mêmes outils sémantiques pour élaborer psychiquement la douleur qu'ils éprouvent*.

Le kirundi suggère qu'il existe une souffrance normale, saine, socialement utile : celle qui a pour enjeu la relation à l'autre. Mais le français ne met pas le pardon, ou l'excuse, ou le soin de l'autre, sous le registre de la souffrance (sauf peut-être dans la compassion).

La médecine occidentale présente *la douleur comme un mal qu'il faut adresser à son médecin, qui sait la combattre, la soigner*. Certains pays, comme la France (avec Bernard Kouchner en 1998) organisent des Plans Nationaux de lutte contre la douleur. Vous trouverez aisément dans certaines salles d'attentes des médecins des messages du type «La douleur, n'est pas une fatalité, on peut la prévenir, on peut la guérir, parlez-en à votre médecin, avoir mal, ce n'est pas normal...»¹⁴

Ces campagnes, qui sans doute permettent de soulager beaucoup de souffrances, ont, comme toute bonne médecine, des effets secondaires indésirables : certains les comprennent comme le droit à ne plus souffrir, — *T'as pas droit d'avoir mal*¹⁵ — et exigent du médecin le produit miracle qui supprimera toute douleur, et ce dernier se voit contraint de recourir à des morphiniques de plus en plus puissants...

Paradoxalement, une société *qui met la douleur hors la loi*, aussi bien dans le discours que dans les techniques, finit par fragiliser les gens qu'elle prétend soulager¹⁶.

proposé par la délégation interministérielle à la Ville, un séminaire centré sur la question des rapports entre santé et précarité. Certains se retrouveront dans le groupe de travail qui aboutira au rapport Lazarus. Bien sûr, le rapport n'arrive pas sur un terrain vierge : Pierre Bourdieu avait coordonné en 1993 "*La misère du monde*", et Vincent De Gaulejac avait publié en 1994 *Honte et pauvreté. Déchéance sociale et processus de réinsertion*.

Christophe Dejours publiera quant à lui *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale* en 1998 (Paris, Seuil).

¹⁴ Bodévez Pierre (2004): *Souffrance psychique et précarité*. Forum Santé Précarité : quels parcours de vie. Texte inédit. (L'auteur est psychiatre hospitalier au CHU de Brest).

¹⁵ Annequin, Daniel (2002) : *T'as pas de raison d'avoir mal*. Editions La Martinière.

¹⁶ C'est aussi vrai en psychologie — les parents surprotecteurs finissent par fragiliser les enfants par rapport aux dangers de la vie — comme en médecine : vouloir protéger un enfant contre tous les agents pathogènes possibles finit par affaiblir son système immunitaire. On rend service aux gens, aussi bien en leur donnant des moyens externes pour lutter contre les adversités, mais aussi en développant leurs capacités internes à les gérer.

Sur un autre plan, Robert Castell faisait une analyse similaire par rapport à la sécurité¹⁷ : les sécurités occidentales sont, on ne peut plus *assurantielles*, elles assurent, de droit, la sécurité civile et sociale de leurs sujets¹⁸. Paradoxalement, ces sociétés qui cherchent à tout assurer, vivent dans un sentiment de plus en plus exacerbé d'insécurité.

Plus on cherche à être assuré, plus on fait l'expérience de sa vulnérabilité : personne, à part Dieu pour les croyants, ne peut nous assurer contre tous les aléas de la vie, contre les délocalisations, les tsunamis, les attaques terroristes, les effets de serre, les pollutions, les révoltes de banlieues, des usines qui explosent.

Les sociétés qui surprotègent contre la douleur finissent par rendre insupportable, inacceptable, la moindre douleur. Et l'on peut dire la même chose de la souffrance.

Il y a contradiction dans une culture qui dit à un ouvrier qui a travaillé trente ans dans une usine, «*les lois du marché l'exigent*, ton usine est délocalisée au Zimbabwe, et toi, tu es au chômage...». S'il dit, «*le chômage, ça fait mal*», on lui répond «*il n'est pas normal d'avoir mal, parles-en à ton médecin...*»

Pourquoi souffrir ? A cause de quoi et dans quel dessein ?

Dans un texte célèbre — *l'efficacité symbolique* — Lévi-Strauss a montré que c'est là la première fonction des guérisseurs (ou des prêtres, chamans et autres imams) dans les sociétés traditionnelles : rendre intelligibles les souffrances qui, autrement, seraient obscures, ineffables, absurdes. Certains diront que les psychothérapies d'orientation psychanalytique ont le même but : déceler le sens caché dans des actes (en apparence absurdes) d'un sujet. Trouver les processus inconscients à l'œuvre dans sa vie, et dans sa souffrance.

Un fait intéressant, dans ce domaine d'attribution d'un sens aux souffrances, *c'est la distinction que certaines cultures opèrent entre bonnes et mauvaises souffrances, ou bonnes et mauvaises raisons de souffrir.*

Je me souviens que, à l'époque où je faisais mon séminaire, on nous apprenait que *qui aime bien châtie bien* : et quand nous étions dans l'épreuve, la maladie, l'échec, la mort d'un proche, les injustices diverses, on nous disait que nous devions nous sentir fier. «Tu sais, me disait un de mes maîtres spirituels, lorsque un menuisier travaille du bois solide, il peut se permettre de gros coups de rabot. Donc, si le bon Dieu t'envoie tout cela, c'est bon signe, c'est qu'il t'apprécie particulièrement...» J'aurais tout de même préféré qu'il m'apprécie moins, si cela pouvait m'épargner ses coups de rabot.

Il existe toujours des spécialistes pour vous dire si les dieux vous font mal parce qu'ils vous aiment, ou parce qu'ils vous ont maudit.

Dans le Burundi traditionnel, avoir une large descendance, surtout d'enfants mâles, était le signe de la bénédiction par les dieux. C'est pourquoi l'infertilité chez une femme était la pire de toutes les abominations, le signe d'une malédiction par les dieux.

Il n'y a pas trop longtemps, dans l'Occident chrétien, *la lèpre était un signe de péché*, et lorsque quelqu'un était soupçonné de l'avoir, c'était le prêtre qui l'examinait en premier. Intervenant ensuite l'autorité civile, médicale, et quand le diagnostic se confirmait, c'était de nouveau l'autorité religieuse qui prenait les choses en mains, organisant un rituel de *séparation* : le pécheur recevait congé de la société, était exclu (Castel, 2000 :44-45). Le sida est la lèpre des temps modernes : on a entendu des prélats africains prêcher qu'il n'est qu'une punition de Dieu contre l'infidélité et la sexualité hors mariage.

Dans d'autres religions, la souffrance peut être comprise comme une simple justice ! Un dogme central à l'hindouisme est le *karma* : *la destinée d'un être humain est déterminée par la totalité de ses actions passées*. Il existe une justice immanente qui rétribue chacun, dans sa vie présente, en fonction de ce qu'il a fait dans ses vies passées. On comprend pourquoi des misères parfois si criantes ne révoltent que les missionnaires chrétiens : pour les hindouistes, les malheureux n'ont que ce qu'ils méritent.

On pourrait se demander si, dans une culture fortement imprégnée de christianisme, un alcoolique ou un toxicomane ne sont pas d'abord des coupables... et non des malades¹⁹.

Parfois, la distinction *bon — mauvais est opérée au sein des populations subissant une même souffrance* : il y a *de bons pauvres*, courageux, qui font de leur mieux pour s'en sortir, en tout cas qui ne dérangent pas l'ordre public, et les autres, *méchants et dangereux*, la racaille de Sarkozy, qui ne veulent pas s'en sortir, comme si sortir de la misère n'était qu'une question de volonté²⁰ !

Tous les Etats se réservent le droit de distinguer entre les bons demandeurs d'asile (trop peu) et les mauvais demandeurs d'asile (trop nombreux...) Etre *réfugié politique* donne droit à l'accueil et à l'aide, tandis qu'être *réfugié économique* est une honte qui donne droit à un ordre de quitter le territoire.

¹⁹ Notons en passant qu'il y a des souffrances que l'on feint d'ignorer, ou que l'on minimise, ou qui ont été laborieuses à faire reconnaître : je pense aux violences conjugales, aux harcèlements divers. Pourquoi ? En partie, sans doute, parce qu'elles surgissent dans des cadres privés, et *qu'elles ne mettent pas en danger l'ordre public*.

²⁰ En réalité, le discours politique "Ceux qui veulent s'en sortir arrivent à s'en sortir...", n'est qu'une manière de rendre les gens souffrants de la fracture sociale responsables de leur souffrance.

¹⁷ Castell, R. (2003) : L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ? Paris, Seuil.

¹⁸ Nous jouissons de *protections civiles* qui nous garantissent les libertés fondamentales, et de *protections sociales* diverses qui nous garantissent contre les aléas désagréables de la vie : assurance maladie, accidents, chômage, incendie, vol...

Tout demandeur d'asile est confronté, à un moment ou un autre, à la question de restituer ses souffrances, non pas selon son propre vécu, mais selon les hiérarchies de souffrance de celui qui a le pouvoir de lui accorder ou de lui refuser le droit d'asile.

On pourrait se demander justement si la notion de *souffrance psychologique* ne participe pas de cette logique de construction culturelle des bonnes et des mauvaises pauvretés.

Dans un bon nombre de situations sociales qui nous sont adressées, précisément parce que tous les efforts des travailleurs sociaux pour "réinsérer" leur client ont échoué, la question qui nous est implicitement posée est : «Avons-nous affaire à une bonne ou à une mauvaise souffrance ?»²¹ *Ce souffrant, est-il un malade ou une victime, qui mérite compassion et aide, manifeste-t-il un désir de s'en sortir, ou serait-il un tire-au-flanc qui mérite un blâme et l'arrêt de ses allocations ?*

Bien sûr, les AS sont déçues, quand la personne qu'ils nous avaient adressée "laisse glisser sur lui l'inefficacité de nos approches"

Didier Fassin, très critique, va encore plus loin : il soutient, qu'il existe un usage purement "opportuniste", de la notion de souffrance psychique.

Il distingue chez les professionnels des centres d'écoute qu'il a étudiés, deux modalités différentes, mais souvent intriquées, de revendiquer la souffrance pour désigner le type de problèmes auxquels ils sont confrontés.

Un usage qui renvoie à un souci authentique d'intervenants de se doter d'outils conceptuels et pratiques pour répondre adéquatement à des situations rencontrées dans la pratique de leurs métiers. On pose donc, comme un fait né de l'expérience clinique et de pratiques diverses (animateurs, éducateurs...) que les conditions sociales de précarité génèrent une souffrance spéciale, un mal-être qui ne rentre pas dans les nosographies psychiatriques habituelles et que l'on propose de d'appeler "souffrance sociale".

Mais d'autres professionnels, soutient Fassin, font de cette notion de souffrance, notamment de jeunes, un usage "opportuniste" :

dire que l'on prend en charge la souffrance des jeunes, c'est pouvoir prétendre à des ressources rares, celles qui proviennent des lignes budgétaires mises en place par l'Etat pour l'application des circulaires.

On ne s'étonnera donc pas que cette position soit privilégiée dans les structures intervenant auprès d'adolescents et de jeunes de quartiers en difficulté, réputés en risque de marginalisation. (...) Le cas du point accueil jeunesse et santé est révélateur : l'insistance sur la souffrance des adolescents, qui est loin d'être attestée par l'observation de la vie du lieu au quotidien, correspond à la fois, de la part des psychologues peu familiers du monde social auquel ils ont affaire, à une représentation exotique qu'ils se font des jeunes, et de la part du directeur préoccupé, lui, de la reconduction de ses crédits, à un souci de dramatiser le tableau pour justifier le maintien de sa structure.»

Est-ce un hasard si, en Occident, la misère sociale se retrouve dans le giron des théories et des pratiques cliniques au moment où les anciennes références religieuses et politiques se révèlent incapables d'y apporter des réponses adéquates ?

Mais les politiques ne sont pas bêtes : s'ils commanditent des études et financent des projets, c'est qu'ils en tirent aussi leur compte.

4. Questions cliniques...

1. Pauvre, exclu, souffrant ?

Parler de "souffrance", entraîne une modification, sur le plan social et politique, de la perception des questions et des personnes concernées²², et contient déjà des indications sur les réponses à y apporter. Or, et les analyses de Didier Fassin sur les centres d'écoute de Paris, et celles de Robert Castel (2000)²³ sur l'assistance sociale, le samu social, les projets d'insertion... se rejoignent : les projets ponctuels en faveur des exclus, projets d'ailleurs en règle générale précaires à l'instar de leur public, finissent par faire l'économie des projets politiques structurels. **En fait, pour des politiciens en panne d'idées, l'écoute clinique risque de finir par devenir le seul programme politique en faveur des personnes vivant dans une grande vulnérabilité.**

2. Traiter l'infortune ou dénoncer l'injustice sociale ?

Un petit livre récent, et qui d'ailleurs n'est pas inintéressant, a pour titre "La clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale" (Hermant, E., Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2004).

²¹ «La notion de souffrance psychique semble rencontrer la figure du "bon pauvre", et le psychologue apporte sa caution et sa spécificité, celle de l'inconscient, pour affirmer une souffrance » (Didier Fassin, 2005: 158).

²² Fassin, D. (2005): p. 185

²³ Castel, Robert (2000): Cadrer l'exclusion, in Karsz, Saul, dir., (2000): L'exclusion, définir pour en finir. Paris, Dunod. (pp. 35-60)

La question de l'auteur est : « Comment soutenir psychologiquement ces personnes seules et abîmées, vivant dans la plus grande précarité, sans emploi depuis des années et présentant une infinie souffrance alors qu'elles semblent mettre en échec toutes les mesures d'accompagnement social et professionnel que l'on a déployées rien que pour elles ? Comment faire autre chose que les pathologiser ? »

La démarche clinique que propose l'auteur consiste en *une recherche approfondie des empêchements dans lesquels sont prises ces personnes et des éléments qui font énigme pour elles*. En effet, le concept d'exclusion ne rendrait pas compte de la condition de ces personnes : *elles seraient mieux qualifiées empêchées, prises dans des forces agissantes, aussi bien publiques que privées, qui les activent ou les inhibent de diverses manières*. En conséquence, ce qui importe aux cliniciens comme aux travailleurs sociaux, c'est de « *repérer ces forces, de repérer par quoi elles sont entravées et de trouver le moyen de les réparer ou de lever leur empêchement* » (p. 127).

Qualifier d'*infortune* ce que vivent ces personnes est déjà une prise de position quant à la nature profonde de leur problème. Et à aucun moment, l'auteur ne met en question le fonctionnement social. Il s'agit de *détresse sociale*, et non d'*injustice sociale*. Nous ignorons si les cas relatés dans l'ouvrage vont mieux aujourd'hui, si elles ont retrouvé du travail...

Il y a quelque chose qui me met toujours mal à l'aise : aucune des infortunés dont l'ouvrage parle n'a demandé une thérapie. C'est toujours quelqu'un d'autre qui l'amène, et qui d'ailleurs présente sa souffrance.

3. Et la fameuse demande ?

C'est un fait que l'on retrouve dans tous les écrits sur la souffrance sociale : les personnes concernées ne demandent pas d'aide, en tout cas pas d'aide psychologique. Elles nous sont envoyées ou ont été conseillées de nous consulter par d'autres services (juges, cpas, écoles, médecins généralistes, services de la protection de l'enfance...) Et comment analysons-nous ce fait ?

« ...l'absence de demande explicite de soin ou de relation chez le sujet SDF ne résout pas la problématique de la demande. Cette demande existe, encore faut-il lui donner les moyens de s'exprimer ou de se lire, et ce à travers, par exemple, la demande d'un autre, travailleur social notamment (lieu du désir de l'autre envers le sujet) » (Joubert, p. 102)

« Le cadre de la pratique s'adapte aussi à une demande qui ne vient pas directement du sujet concerné, mais qui est portée par un autre (le travailleur social) qui peut être appropriée secondairement par le sujet souffrant... » (Joubert, 104)

On parle alors de monde à l'envers, ou de demandes inversées.

Un patient en « grande souffrance sociale », et dont on attendrait qu'il formule une demande et l'adressent à qui de droit, fait les choses à l'envers : au psychologue, il ne dit rien ou presque, il dit qu'il est là parce que son avocat le lui a demandé, et l'entretien tourne autour de l'impossibilité d'obtenir le statut de réfugié. Mais en rentrant, il commence à parler à l'interprète : « Tu sais que je ne dors pas la nuit ? Je fais des cauchemars terribles, je me réveille en sueur, et je hurle pendant des heures... »

- Mais pourquoi tu ne l'as pas dit au psychologue ?

- Parce que, de toutes façons, cela ne servirait à rien !

Dans une rencontre que nous avons eu avec des interprètes de Bruxelles, ils nous disaient que cela arrivait plus souvent que nous ne le croyions : ils avaient le sentiment que les personnes qu'ils accompagnaient chez les psy ne disaient rien de leur histoire, tandis qu'ils leur racontait tout, alors que précisément ils ne savaient rien en faire, et en étaient même souvent perturbés. Nous, les psy, étions vraiment surpris, et même vexés !

Et si ce comportement était « rationnel » ? Adresser leurs souffrances psychiques à des personnes qui n'interrogent pas, n'analysent pas, ne dissèquent pas. Des témoins silencieux. Des humains, simplement, et non des professionnels.

Bref, ce que nous considérons comme une absence de demande, ou une demande renversée, peut bien être une réaction cohérente, mais c'est nous qui imaginons que, étant donné leur souffrance, ils devraient avoir une demande, et qu'elle devrait nous être adressée, éventuellement portée par un tiers.

Une autre attitude est pourtant possible : penser que ces gens ont une bonne connaissance intime de leur problème, et qu'ils sont persuadés, avec raison souvent, qu'ils n'ont rien à faire des réponses psy ?

On dit souvent qu'aller chez le psy, c'est reconnaître que l'on est fou, et cela n'est pas supportable pour certains. Mais les choses sont parfois plus subtiles. Certains savent à quoi sert un psy, mais estiment qu'ils n'ont nul besoin de son aide.

Chez certains immigrés, le problème n'est pas tellement d'être fou, mais d'*afficher officiellement sa faiblesse, dans une culture qui par ailleurs vous met en position de quasi-exclusion*. Le psy étant le représentant de la société dominante, il est de bon ton de ne perdre la face devant lui : solliciter son aide est une simple humiliation.

Une manière subtile chez les tenants de la clinique psychosociale, consiste à mettre ces demandes normalisées (je demande du travail, des papiers) et ces absences/inversions de demandes comme des traits caractéristiques de la souffrance sociale. Car, tout en se défendant de constituer la précarité et la grande exclusion en pathologie particulière, les auteurs proposent pourtant des listes de symptômes caractéristiques de cette souffrance. Pour Jean Furtos, la diminution de la demande, est précisément le premier signe, qui peut aller jusqu'à la réaction thérapeutique négative : plus on aide, plus la personne va mal²⁴...

Dans un rapport sur "Souffrance psychique et exclusion sociale"²⁵, les auteurs signalent, parmi les nombreux symptômes de cette souffrance :

- Incapacité à imaginer les demandes d'aides nécessaires par incapacité à ressentir les besoins sanitaires et sociaux...
- Incapacité à imaginer que la situation puisse changer à partir d'aides extérieurs...

Je n'ai trouvé nulle part, dans la littérature, un raisonnement simple du type : « Ces gens sont très lucides, ils savent que le psy ne dispose d'aucun moyen pour résoudre leur problème, et c'est pour cela qu'ils ne lui demandent rien ! »

*** Le cas du monsieur qui doit 100000 € à la Belgique.

En fait, on me l'envoyait pour supprimer un symptôme qui en réalité était un aménagement intelligent qu'il avait trouvé pour survivre dans son monde. Il exploitait, d'une certaine manière, les failles du système...

Didier Fassin se penche sur un centre d'écoute, installé au cœur d'un quartier vétuste et insalubre, à Paris, et qui a voulu offrir aux jeunes du quartier un accès aux instruments d'hygiène élémentaire, d'autant que les professeurs du collège voisin ne cessaient de se plaindre des nuisances occasionnées par des élèves malpropres. Ce centre donc, en plus de ses objectifs d'animation et de prévention, avait installé deux douches. Les élèves du quartier pouvaient passer le matin, prendre une douche et un petit déjeuner, et partir frais et dispos en classe. La douche ne rencontra jamais de succès : en 2000, vingt-deux douches seulement furent prises sur toute l'année ! En espérant d'ailleurs qu'il ne s'agissait pas du même jeune !

L'équipe tenta, en désespoir de cause, pour inciter les jeunes à la propreté, de joindre l'agréable à l'utile en remplaçant les deux cabines de douche par une douche massante : les ados bénéficiaires continuèrent à boudier la douche ! Le déjeuner, les machines à laver, le sèche-linge, par contre, connurent un meilleur succès, quoique toujours limité.

Les membres de l'équipe étaient unanimes pour expliquer l'attitude des jeunes : « Prendre sa douche au centre, au vu et au su de tout le monde, c'est affronter l'humiliant aveu que l'on ne peut pas se laver chez soi » (Fassin, 104). Ainsi, de l'avis même des intervenants, le service offert par la municipalité risquait d'avoir des effets négatifs de stigmatisation, opposés à la générosité de ses objectifs. Des aides qui se retournent contre les supposés bénéficiaires...

On comprend finalement la plainte, non pas des victimes des injustices sociales, mais des intervenants eux-mêmes...

5. La souffrance des intervenants...

Voilà un des traits les plus communément admis dans la littérature sur la souffrance sociale : elle fait mal aux intervenants qui s'en occupent.

Les deux souffrances, du bénéficiaire de soins et de l'intervenant, sont d'ailleurs si intimement liées que parfois, on ne sait pas laquelle a priorité sur l'autre. Voici un extrait de Furtos et Colin : « La souffrance n'est pas psychique uniquement parce qu'elle a à voir avec un "trouble interne" du côté de la personne. Elle est psychique parce qu'elle oblige le dépositaire de la souffrance à reconsidérer ce qui lui a été donné, à faire l'expérience de ce que ce dépôt l'empêche d'accomplir son activité sur le mode habituel. Autrement dit, la souffrance psychique peut être définie par ses effets plutôt que par ses causes : **elle est le dépôt de ce qui est pénible pour la personne dans la relation avec l'intervenant**, dépôt vécu comme une charge mentale par le praticien » (p. 110)

En termes clairs, la personne en souffrance psychique induit chez l'intervenant « un malaise, un trouble de l'identité professionnelle, une souffrance portée... » (p. 108), un sentiment d'impuissance et de grande lassitude.

²⁴ La souffrance psycho-sociale (2005 : p. 23 sv).

²⁵ Rapport Parquet, cité par Dr P. Bodénez, op.cit, p.6

En conséquence,
« Il était nécessaire, pour lutter contre une forme de découragement des intervenants sociaux, de modéliser les expériences des uns et des autres et de trouver ce qui peut servir de points de repère dans cette clinique hétérogène qui se présente peu à nos consultations, directement, et rarement dans nos services hospitaliers, sauf en situation aiguë » (Furtos et Colin, p. 100). Voilà pour quelle raison fondamentale serait née la fameuse *clinique psychosociale*. Aider les intervenants en souffrance...

Dans la critique que Didier Fassin fait des services d'écoute en France, il insiste sur ce fait paradoxal : ce n'est pas la souffrance des victimes des injustices sociales qui a servi d'argument premier à la mise en place de ces lieux, mais bien la souffrance de ceux *qui les écoutent*.

Et d'ailleurs, certains lieux se sont progressivement transformés et spécialisés dans la supervision, les groupes à thèmes, les séminaires ou les groupes de parole des intervenants eux-mêmes, d'autant plus que le public rêvé, celui des personnes en situation sociale difficile, ne semble pas du tout intéressé par l'offre qui lui était proposée.

Et si notre souffrance, ou notre impuissance, tenait au fait banal, mais tout à fait logique, que nous nous chargeons de situations dont les mécanismes profonds ne relèvent ni de champs théoriques, ni de nos compétences pratiques ?

Conclusion

S'agissant de cette question de souffrances sociales, **il se passe peut-être pour la psychiatrie et la psychothérapie ce qui se passe pour les urgences**. On sait que de nombreuses situations qui s'y présentent ne relèvent pas de l'urgence, au point que les pouvoirs publics ont dû récemment mettre des freins, exiger le passage par le généraliste sous peine d'amendes. Mais le fait est là, de nombreuses personnes se sentent soulagés de parler de leur souffrance sous ce mode là, de l'urgence, sans rendez-vous, à des gens qu'ils ne voient qu'une seule fois : ils savent très bien qu'il n'y aura aucune possibilité de suivi aux urgences. Comme le rappelait le Docteur Bodénez (2005), il y a certainement chez un bon nombre un problème dans le rapport au temps, une incapacité à prendre un rendez-vous, à se projeter dans le futur. En fait, ils vivent dans une urgence globale, dont le passage aux urgences n'est qu'un symptôme.

Je dis donc qu'il en est de même des souffrances sociales qui nous sont adressées, avec la différence que les personnes en désarroi et qui se trompent d'adresse, ce sont les intervenants de première ligne.

Il y a effectivement problème, mais comme aux urgences, dans un bon nombre cas, cela n'a rien à voir avec notre profession : l'honnêteté, comme le professionnalisme, exigerait que, après avoir sacrifié à la sacro-sainte «écoute», nous interpellions les premières personnes compétentes en matière sociale, les politiques !

Bernard FOUREZ. La psychothérapie est-elle bonne pour la santé ?

Tout ce que je vais raconter est issu de réflexions personnelles bien antérieures à ces récents débats du livre noir de la psychanalyse. Quand on dit psychothérapie, ça veut bien dire thérapie *par* la psyché. Ce n'est pas thérapie *de* la psyché. Quand on dit la thalassothérapie, ce n'est pas la thérapie *de* la mer, c'est la thérapie *par* la mer. Ce qui veut dire que la psychothérapie si on en reste à cette définition, est une thérapie qui procède par l'âme, par la psyché. Or, la psyché, l'âme est un concept extrêmement précis, extrêmement puissant. Dans la religion chrétienne, elle a été assez bien définie comme ce principe qui en grec a une racine respiratoire. C'est cet espèce de *souffle* qui vient de l'extérieur, qui vous remplit, qui vous anime et qui vous fait vivre. L'air est effectivement quelque chose d'éthéré, c'est de l'ordre de l'invisible parce qu'on n'a jusqu'à présent pas vu l'air. Enfin moi pas encore. Peut-être que vous mais enfin on peut en discuter. Il est clair que la psychothérapie est une thérapie qui procède par l'invisible. Du temps où l'invisible dans les sociétés était représenté par le phénomène du divin ou de la tradition, il est clair que l'invisible occupait cette place à l'extérieur de l'humain. Et c'est à partir de la découverte de l'inconscient qu'il y a eu un changement de lieu de cet invisible opérant qui est passé de l'extérieur à l'humain à l'intérieur à l'humain. En fait, nous étions à cette charnière du XIX, XX^{ème} siècle où il y avait une augmentation de cette possibilité de se voir en dehors du Divin, où NIETZSCHE avait prononcé « Dieu est mort » et où nous étions dans une prolifération de cette perception qu'on pouvait être un « individu pur ». Et les thérapies du moment étaient des thérapies volontaires se basant essentiellement sur « l'individu pur » qui pouvait s'en sortir par lui-même. FREUD amène finalement un bémol à cette question en disant : oui mais les gars, enfin ce n'est pas comme cela qu'il l'a dit, mais il y a quand même quelque chose de particulier dans les thérapies. Je vois des gens qui ne veulent pas leurs symptômes et sont traversés par des symptômes qu'ils ne veulent pas. Il y a donc une force invisible qui opère et qui agit que je nomme *inconscient* et qui est enchaîné au sein de l'humain. Je pense que si nous voulons vraiment rester très stricts sur le niveau de la psychothérapie, nous n'aurons de véritable psychothérapie que si elle traite des niveaux invisibles opérants qu'il soit l'inconscient individuel, l'inconscient collectif de type jungien ou par exemple, dans les thérapies systémiques, les mythes familiaux ou toutes ces choses invisibles qui nous traversent et nous font faire des choses que nous ne voulons pas autant.

Cette notion d'invisible à l'intérieur de nous nous met dans une position qui n'est justement pas individualiste puisque je suis divisé en deux parties. On pourrait dire que la clinique psychothérapeutique initiale, celle de l'inconscient est une clinique « *du dividual* ». Ce mot n'existe pas. Or, actuellement si vous prenez votre micro et que vous interrogez les gens, ils vous diront que l'inconscient c'est eux. C'est eux, ils ont la maîtrise de leur propre inconscient et d'ailleurs toutes les thérapies dont on a parlé dans les premiers exposés ne visent que ça, c'est d'augmenter cette maîtrise. Je pense qu'il y a un élément important et qui rejoindra alors exactement le précédent exposé, c'est qu'il me semble que la psychothérapie telle qu'elle se pratique n'est plus du tout dissidente. Il y avait dans le positionnement de la psychothérapie des années 70 et le « psychanalisme » dont parlait CASTEL, une position dissidente, une position révolutionnaire. Le psychanalyste des années 70 était un révolutionnaire bon teint, comme disait Gérard MENDEL. En fait, il brandissait l'apologie du sujet. Le sujet qu'est-ce que c'est ? C'était le sujet moderne. Ils ne l'ont jamais qualifié comme tel mais c'est cela. C'est celui qui peut casser son assujettissement au discours ambiant ou bien le sujet de l'inconscient, c'est celui qui peut casser son assujettissement à cet invisible opérant et l'inféodant. J'utilise à juste titre ce mot. En fait, l'affaissement du religieux qui court depuis 1450-1500 dans nos contrées n'a fait que de diminuer la possibilité de trouver un sens par le biais du religieux puisque les religions se sont essentiellement organisées à donner du sens à la souffrance et notamment au phénomène de la rédemption dans la catholicité qui justement connaît un bémol avec l'arrivée du protestantisme ou cette notion-là n'existe plus autant. Donc, il faut bien sûr replacer cette souffrance dans un collectif religieux, « religere ». Ce n'est pas la foi, c'est le phénomène reliant. Cette psychothérapie est devenue une culture qui devient forcément, puisqu'elle est une culture maintenant et qu'elle n'est plus une dissidence, un outil d'insertion. La psychothérapie est aussi extraordinaire parce qu'elle a commencé avec des théories qui expliquaient la santé mentale actuelle en fonction des traumatismes de l'enfance ou en tout cas en fonction d'une antériorité. Alors, il y a eu évidemment une tentative, qui n'en n'est même plus une puisqu'elle est à mon avis un état de fait, c'est que quand vous avez une théorie explicative selon l'antériorité, vous êtes bien entendu tentés d'en faire une théorie de la prévention. Ce qui est radicalement faux. Une théorie et un outil de prévention ne se basent pas sur le même concept. Pour faire de la bonne prévention de la tuberculose, on n'inonde pas une société de STREPTOMYCINE sinon je crois qu'on ne s'entendrait plus beaucoup.

Il y a aussi cette notion du traumatisme qui prend actuellement une ampleur que je trouve très suspecte dans le champ psy qui joue avec la mentalité victimaire dont on peut dire qu'elle est un véritable chromosome culturel de nos sociétés. Face à ce traumatisme, il y a maintenant les fameuses théories de la résilience qui nous donnent un petit peu d'oxygène par rapport à cette affaire-là et puis « bardaf » on est reparti sur la transmission intergénérationnelle du traumatisme, enfin on est reparti encore pour deux à trois générations sur cette affaire-là. Il me semble qu'il faut revoir et historiciser notre psychothérapie. Je crois qu'elle a été fondée par des théories d'une cohérence incontournable qui ont été toutes les théories de la psychanalyse mais cette théorie et cette manière de traiter les gens par la psychothérapie cadrait avec un moment historique tout à fait particulier. Alors nous allons comparer ici. XIX, XX^{ème} siècles, nous sommes donc dans ce que j'appellerais la pathologie de l'individuation. Que se passe-t-il à ce moment-là ? Nous sommes dans un moment où notre Occident est en train de penser sortir des traditions. On sent que tout fout le camp. On remet d'ailleurs beaucoup de folklore en route. BARTOK prend son enregistreur pour aller réenregistrer les mélodies traditionnelles hongroises parce que tout fout le camp. Donc, on sentait que l'enjeu de cet individu pouvant s'articuler ou se détacher progressivement, je dirais, de l'univers collectif, c'est vraiment de cet enjeu-là qu'il s'agit à cette époque-là. Forcément, c'est ce que l'on appelle l'enjeu de l'individuation et, nous aurons des théories du développement psychogénétique, selon la fusion, et on sort de la fusion pour aller vers plus d'individualité. Ça s'adresse à une époque où la maladie paradigmatique est la **névrose** puisque vous êtes dans un tiraillement entre une partie de vous qui est vous et une partie de vous qui n'est justement pas vous de laquelle vous devez vous détacher un peu tout en continuant à vous y articuler. En découlent les pathologies de la culpabilité puisque au plus je suis dans mon désir, au plus je quitte les autres et je peux m'en sortir, je dirais, coupable. On peut dire que c'est un individu d'appartenance qui commence à connaître l'individualité. Qu'est-ce qu'un individu d'appartenance, c'est celui qui peut sentir qu'à l'intérieur de lui, il appartient à un collectif qui le marque, qui l'imprime, qui est le phénomène de l'appartenance. Ça veut dire qu'il a une trace de l'autre en lui. Quand vous faites partie d'une classe, d'une corporation, d'un lieu, d'un pays, d'une ville, il y a cet espèce d'invisible en vous qui signifie votre inclusion dans un social et ça vous est imprimé dès la naissance. En fait, c'est là l'enjeu de l'individuation. Mais cette culture de l'individuation opère et on peut dire que le XX^{ème} siècle aura mis en place justement la culture de l'individualisme.

Il faut s'entendre sur le mot individualisme. Quand je parle d'individualisme, ce n'est pas chacun dans son coin qui fait ses petites choses comme il le sent. Je pense que si nous en étions arrivés là, le GSM n'aurait jamais pris. Nous n'aurions pas besoin de ce genre de chose. L'individualisme, c'est voir le monde par la particule que constitue l'individu. **Indivisum**. Il n'y a plus moyen de le diviser plus encore. Indivisum c'est « l'atomos », l'atome qui ne peut plus être coupé plus. Maintenant nous avons affaire non plus à des gens qui sortent de l'appartenance - attention, il y en a encore beaucoup ; il y a encore des gens qui sont dans cet enjeu-là - mais nous avons affaire à des gens qui ont été marqués dès le début de leur existence par un phénomène de « non-appartenance » et qui ont été marqués ou dits en tout cas en tant que tels comme n'étant reliés à rien. Ce sont des individus qui ne sont plus dans des logiques de culpabilité mais ce seront des gens qui justement, quand il y a quelque chose qui se passe, ne se disent plus tirillés dans cette culpabilité intérieure, mais ils vont en fait s'en prendre à eux-mêmes parce qu'ils n'ont pas été à la hauteur. Nous allons vers des enjeux de personnes qui seront plus auto-agressives avec elles-mêmes parce qu'elles s'en voudront de n'avoir pas été cet individu compétent, bourré de ressources, enfin vous connaissez tous ces thèmes actuels de la ressource et de la compétence. Je ne vais pas détailler plus les enjeux. Mais, alors cet individu. Comment va-t-il connaître le social ? S'il n'est plus « matricé » avec une partie de lui dans le social, il ne connaîtra le social que dans l'agissement de celui-ci vers l'autre et donc, nous sommes dans le réseau, nous sommes dans le bougisme (sur un petit plan de Paris, il est mis où manger, où danser, où bouger. Je n'ai pas dit où aller mais où bouger). C'est ce « bouger » qui atteste du fait que je suis dans le social. Il n'y a plus de représentation sociale mais il n'y a que de la présentation du social. Je pense qu'il est important de voir comment nous allons traiter des adresses ou des plaintes à propos desquelles nous avons un diagnostic d'enjeu à faire les concernant. Je prends par exemple « je manque de confiance en moi », on entend ça dans tous les premiers entretiens. Alors si vous la prenez par rapport à l'enjeu de l'individuation, ce sera peut-être justement des individus qui sont encore trop obéissants aux appartenances et qui ont du mal à positionner leurs désirs. Enfin, vous connaissez ça. Il y a eu 100 ans de travaux littéraires là-dessus. Ils viendront peut-être avec une tonalité un peu plus timide, un peu plus retenue. Ce ne sont pas des individus expressifs. Par contre, vous en avez d'autres totalement dans le courant actuel, tout à fait en accord avec la contemporanéité et qui viennent vous dire « je manque de confiance en moi ». Ça veut dire qu'au moment où ils ne sont pas bien, ils vont dire qu'ils auraient dû avoir plus de confiance en eux pour pouvoir éviter le malheur ou l'adversité qu'ils rencontrent.

Ils s'en prennent à eux-mêmes dans une attente de pouvoir encore plus compter sur leurs propres ressources, c'est-à-dire ne pas dépendre d'autres pour éviter ou pour ne pas avoir à connaître cette adversité. Je pense que c'est important. Si effectivement vous avez ce type d'individu qui justement ne compte que sur lui-même, qui vous dit « je manque de confiance en moi » et que vous le replacez dans l'enjeu précédent, vous allez les inviter à aller dans des groupes d'affirmation de soi qui vont arriver à ce que Monsieur DELACROIX a bien décrit tantôt « tu es toi, je suis moi », donc cette espèce d'atomisation. Les petites particules n'ont rien à voir les unes avec les autres. La fameuse chanson de Tonton DAVID « chacun sa route et chacun son chemin, passe le message à ton voisin ». Intéressant mais complètement stérile. Si par contre, vous allez susciter justement la position « je manque de confiance en moi ». Moi je dis souvent à ces gens-là quand je vois qu'ils sont donc du second enjeu, et bien je leur dis « si vous n'avez plus confiance en vous, c'est peut-être le moment de pouvoir faire confiance en autre chose que vous ». Et alors, ils vous regardent avec un air « bovino-ferroviaire ». Donc l'air « bovino-ferroviaire », c'est un regard un peu absent de la vache qui regarde passer le train qui n'a rien à voir avec le chemin de fer et le chemin de fer n'a rien à voir avec la vache. Et alors, vous attendez un peu. Et puis, ça prend. Et alors, ils commencent à pouvoir se réactiver dans une autre dimension qui sera de pouvoir, in fine, être habité par autre chose que soi. Vous pouvez par exemple lui dire « tiens, mais qui vous a parlé de manque de confiance en soi ? C'est vrai que c'est important d'avoir la confiance en soi ». Vous faites la bête ! Vous savez que la meilleure manière d'être thérapeute, c'est de faire la bête. Je pense que c'est ce qui marche le mieux. Alors, ils vont vous dire que c'est important d'avoir la confiance en soi. C'est un fait de culture. Oui mais alors « est-ce que vous avez confiance, est-ce que vous faites confiance à cette culture. Parlez-moi un peu de quoi vous pouvez faire confiance ou pas dans cette culture ». Je pense qu'il pourrait être nocif de se tromper d'enjeu, je crois que ça peut être mauvais pour la santé mentale.

Je voudrais maintenant parler de la pathologie de l'adolescent où il me semble assez étonnant que le premier réflexe des thérapeutes est toujours de voir l'adolescent comme un être qui a des parents trop envahissants et qui a du mal à s'en détacher. Des comme ça, il y en a encore. Il y a encore des surgelés qui traînent et qui se réchauffent à l'occasion du réchauffement planétaire. Vous en verrez. C'est encore des enjeux qui existent parce qu'une sociologie n'est jamais uniforme dans une société. Les vitesses sociologiques sont différentes d'une famille à l'autre.

Mais à partir du moment où justement vous avez des enfants qui sont nés d'emblée constitués comme des individus isolés du reste, c'est-à-dire de ces enfants pour lesquels on a envoyé le faire-part suivant : ce n'est plus Monsieur et Madame qui annoncent la venue du bébé. Auquel cas, ça signifie qu'il y a un rapport avec quelque chose d'autre que vous, que vous avez une appartenance, qu'il y a une antériorité à vous, qu'il y a une prévalence de l'antériorité par rapport à vous. Quand on en arrive à ce type de faire-part, *j'arrive !*. Ça veut dire que vous êtes institué dès le début comme cet espèce de boule isolée donc individuelle. A ce moment-là, considérer ou ne voir la pathologie adolescente que comme une prise de distance du milieu familial est une erreur. N'y a-t-il pas dans notre clinique beaucoup d'adolescents qui ne souffrent pas justement de trop de dépendance mais bien d'une incapacité de liens et d'aucune possibilité de dépendance. Alors, si vous les poussez à l'autonomie, si vous dites « oui, mais vous devez vous couper de vos parents, tatati, tatata » On connaît ces rengaines, vous allez faire pire que bien. A mon avis, vous n'allez pas les ouvrir à quelque chose d'autre, vous allez continuer à les rétrécir sur ce seul point et je pense que la psychothérapie n'a pas pour but de rétrécir, elle a justement pour but d'élargir, de procéder par des détours et de réaliser des augmentations de registre existentiel. Je pense qu'un tableau typique de l'adolescent actuel c'est ce tableau que l'on peut appeler de « grand-parentification ». Combien d'adolescents ne sont-ils pas dans des positionnements de s'occuper de leurs parents ? Pour moi, ce n'est donc pas une parentification. La parentification c'est quand un enfant a une mission de la part du parent de s'occuper de ses frères et sœurs et qu'il a donc un niveau de parents. C'est par exemple les aînés qui doivent s'occuper des frères et sœurs, ça fait des structures différentes, ça fait plutôt des **oblatifs**. La grand-parentification, c'est l'enfant qui justement de lui-même commence à s'occuper de ses parents. Puisqu'ayant été stipulé « j'arrive » et non en rapport avec une dette préalable ou une antériorité, il va agir son social en s'occupant des autres à partir de lui. Si vous soutenez qu'il doit prendre son autonomie, vous risquez de faire une erreur technique, éthique et médicale gigantesque. Car en fait, qu'est-ce qui va se passer ? Ce sont souvent des êtres qui, prenant en charge leurs parents, s'inscrivent dans des **missions**. Souvent, on leur dit « ne vous occupez pas de vos parents ». On leur empêche d'être dans une forme de lien avec l'autre. Si par contre, vous imaginez un système où les parents peuvent remercier l'enfant pour ce qu'il fait, à ce moment-là, vous redonnez aux parents la possibilité de réexister en tant que parents.

Quand vous remerciez quelqu'un de quelque chose, vous lui donnez un merci, vous remettez alors l'adolescent dans une position complémentaire de ses parents, complémentaire basse et donc vous lui ferez connaître ce qu'il ne connaît peut-être pas, c'est-à-dire la complémentarité basse voire la dépendance parce qu'il ne connaît que l'indépendance. Si par contre vous le mettez totalement dans l'autonomie, vous risquez d'avoir des enfants qui justement vont sentir que tout ce qu'ils ont fait ne vaut rien, ils vont s'en prendre à eux-mêmes et filer vers des tableaux de type auto-agressif, automutilatoire, vous allez les mettre sur la voie de la légitimité destructrice, « quand je donne aux autres, ça n'est pas reconnu, je ne sais pas me construire selon le don ». Vous les privez donc d'une possibilité sociale. Mais justement, ce sont peut-être des gens qui seront plus du côté du don et qui seront assez peu du côté de la réception parce que la réception nécessite toujours d'être dans une possibilité de dépendance par rapport à l'autre et quand vous faites un remerciement, vous offrez un cadeau, vous le faites connaître une situation justement de complémentarité basse.

Changeons de sujet clinique. Passons au couple. Il est assez intéressant d'analyser un tableau clinique qui est l'angoisse après mariage. Nous rencontrons des gens qui par exemple vivent ensemble 5-6 ans et puis se marient. Ensuite, ils développent des phénomènes anxieux et viennent vous voir. Ce sont des gens qui vous diront que tout allait bien tant qu'il n'y avait pas mariage. Dès qu'ils sont dans un mariage, c'est-à-dire dans un invisible fédérant, ils ressentent comme une espèce d'envahissement contraire aux lois de l'individualisme puisque si je ne me gère qu'à partir de moi-même, je ne peux que me sentir envahi par ce qui viendrait d'un ailleurs qui me gouvernerait. Ce sont des personnes qui montrent bien qu'elles n'ont pas cette capacité d'être aptes, parce que l'envahissement, c'est la capacité d'être habité. Je pense que c'est une notion tout à fait fondamentale. Etre proche équivaut à l'envahissement, dès lors nous nous trouvons devant des angoisses d'envahissement. Nous ne sommes pas face à des personnes qui ont dû mal à quitter papa et maman et qui en seraient au moment du mariage dans cette espèce d'abandon ou de différenciation difficile. Ce n'est pas ça. Ils ont vécu parfois 4-5-6 ans ensemble, donc, ils ont déjà fait cette démarche-là. Nous sommes justement dans le second enjeu et dans l'angoisse de l'envahissement ressenti par la particule, par l'individu. Je me souviens d'une dame qui parlait toujours du père de ses enfants. Et je lui dis mais c'est frappant vous dites le père de mes enfants. On pourrait imaginer que vous disiez le père de nos enfants. Ah non, ça c'est pas possible. Le nous est impensable pour moi, il liquéfie mon énergie vitale.

C'est ce qu'elle me dit et qui montre bien que le *nous* est quelque chose qui n'a plus de valeur enchanteresse, n'a plus de capacité enthousiasmante. L'enthousiasme, c'est la trace du Divin en soi, c'est cette énergie que le Divin, que l'invisible opère en nous nous donnant justement cet enthousiasme qui procède de cette participation à un invisible qui nous unit. Vous savez ? quand ils ont comme ça des angoisses après mariage, ils font des thérapies de couple qui aboutissent à une séparation parce que des thérapies de couple, il doit y en avoir, moi je n'en ai jamais beaucoup connues, mais ce que j'ai beaucoup pratiqué c'est ce que l'on appelle de « *l'obstétrique de la séparation* ». C'est-à-dire l'obstétrique, c'est obstare, vous êtes à côté d'un phénomène qui se déroule, de toute façon, il se déroule sans votre intervention. L'obstétricien, il est juste là pour guider mais il ne va pas changer le cours des choses. Il ne va pas dire à la parturiente, alors vous la gardez ou bien vous expulsez. L'obstétrique de la séparation, ils viennent, ils font une petite thérapie de couple et bien sûr au bout du compte, ils se séparent. Alors à ce moment-là, ils vont beaucoup mieux. En résumé, on voit des personnes qui autrefois étaient des conjoints unis par les liens du mariage (le lien c'est un invisible, je n'ai jamais vu les liens du mariage, à moins qu'on me les montre, unis par les liens du mariage) et qui ne deviennent unissables que selon les liens du divorce, selon le non-lien du divorce. C'est-à-dire qu'à ce moment-là, ils retrouvent leur capacité de se mobiliser vers l'autre et alors ça fonctionne. Nous sommes là face à cette capacité à se remobiliser vers l'autre. Je pense aussi à un domaine assez particulier qui me semble être la psychothérapie de la femme divorcée ou séparée. Si vous écoutez ces personnes, très souvent elles tiennent un même discours. Elle vous dit « depuis que j'ai fait une thérapie, je pense plus à moi, je vis dans l'instant, maintenant je peux dire que je ne donne plus parce que donner c'est exploiter, je peux m'accorder des plaisirs et je suis dans le lâcher prise ». Je me souviens d'une assistante qui disait un jour d'une patiente : « madame untel s'accroche au lâcher prise » et c'est exact. Vraiment, c'était quelqu'un qui buttait sur cette espèce de lâcher prise et c'était un paradoxe *fantastique*. Enfin bon. Je pense que cette assistante avait bien observé l'enjeu. Si vous regardez ces gens-là avec la lorgnette de l'enjeu de l'individuation, forcément vous allez postuler la femme comme dépendante et victime d'un manipulateur de mari. Parce que la femme représente justement à notre époque celle qui s'est émancipée. Elle est peut-être celle qui dans la société montre le mieux la capacité de se sortir de l'enjeu de l'appartenance. Il y a dès lors une espèce de résonance de cette thérapie avec cet enjeu et puis la victime, traumatisée, tout ça rentre dedans. Ce sont des « kits complets », vous ne savez pas acheter en pièce séparée.

C'est un peu comme les voitures japonaises où quand vous demandiez le toit ouvrant, vous aviez automatiquement la radio. Nous nous trouvons face à des personnes assez particulières qui sont devenues inconjugables, qui ne savent plus vivre avec quelqu'un, qui ne savent plus être en alternance de dépendance/indépendance et qui ont un mal fou à pouvoir justement se remettre en lien de conjugalité. Conjuguer, c'est combiner. Je me souviens avoir discuté avec des psychothérapeutes (deux dames brésiliennes assez intéressantes qui étaient venues à l'UCL) et elles disaient qu'au Brésil, ils appelaient cela le syndrome de la femme protagoniste. On ne le dit pas comme ça ici mais je trouve que c'est une entité clinique tout à fait nette. Restons au niveau de structures qu'on voit souvent du côté féminin bien qu'on en voie pas mal aussi du côté des hommes, les personnalités « oblatives ». Vous savez, ce sont ces personnes qui ne peuvent être que dans du don, dans du don de soi, dans du don aux autres, et qui s'épuisent et qui in fine, quand vous travaillez un peu ça, donnent dans une attente de reconnaissance. Ce sont ce que j'appelle moi des *toxicomanes du don*. C'est parfois des « grosses dondons ».

Très souvent le réflexe des psychothérapeutes, c'est de dire : madame, il faut penser à vous, arrêtez de penser aux autres. Je ne suis pas sûr que ce soit un bon plan. Je pense qu'il faut être plus fin que ça parce que dans le fond ce sont des personnes qui pensent tout le temps à elles, qui sont justement dans cette attente de reconnaissance. Elles se vivent quand même comme très égocentriques dans leur disponibilité aux autres. Moi, chez elles ou chez eux, ce que je leur dis de faire, c'est quelque chose du genre « tiens, vous êtes certainement quelqu'un pour qui la capacité de don ne pose aucun problème, pouvez-vous vous risquer du côté de la réception, ça c'est tout autre chose ». Parce que si je dis penser à soi, je coupe la possibilité relationnelle. Si j'invite à faire une expérience de réception, je vais justement réactiver la possibilité de me conjuguer à quelqu'un d'autre, de risquer d'être dépendant de quelqu'un d'autre. Très souvent ce sont des personnes qui ont des problèmes sexuels majeurs parce que justement la sexualité, notamment féminine, s'inscrit par définition du côté de la réception. Il y a vraiment quelque chose là, à mon sens, où la psychothérapie peut faire du tort à ce type de personne. Si la psychothérapie a, pour premier enjeu, d'accroître la fraction personnelle, et cela me semble correct, le second enjeu, est-ce que ce ne serait justement pas d'accroître la fraction impersonnelle. Est-ce que nous avons à devoir essayer de réveiller quelque chose de l'ordre d'un ailleurs chez la personne ou les personnes dont nous nous occupons. Par exemple, voyez ici un livre de Lise BOURBEAU.

On va lire la fin. C'est les 5 blessures, je dirais, qui vous empêchent d'être vous-même : le rejet, l'abandon, l'humiliation, l'injustice et la trahison. C'est vraiment le sentiment que peut ressentir précisément l'individu qui n'est habité par rien d'autre que lui et se sent très facilement en dehors de tout. Il va attribuer, je dirais de façon relationnelle le fait qu'il se sent seul. Puis Lise BOURBEAU vous propose toujours une solution pratique, forcément c'est une américaine donc, les américains, ils savent toujours ce qui est bon pour les autres. C'est comme ça. A la fin de ce livre, vous apprendrez ce qu'il y a à faire pour arriver à transformer vos problèmes quotidiens en tremplin pour grandir et pour redevenir conscient que vous êtes un Dieu créateur. Voyons aussi le phénomène du changement. Nous sommes dans un mode de changement. Les thérapeutes aussi sont des apôtres du changement, forcément nous essayons toujours de changer quelque chose mais il y a quelque chose aussi qui actuellement pousse, du fait d'une temporalité de l'instant fortement encrée dans nos sociétés, les personnes à justement être tout le temps dans le changement, contre la routine. Combien de gens vous disent « je n'aime pas la routine, moi j'aime quand ça change ». Curieux, moi, je ne comprends pas ça. Je reste toujours très interrogatif. Il y a 20 ans que ça m'interroge. Donc, ils veulent que tout change. Pourquoi ? En fait, dans la routine, ils se sentent non-acteurs de ce qui se passe. Quand quelque chose se répète par définition on n'en est plus l'acteur, on n'est plus celui qui agit, qui prend les choses en main, c'est comme ça qu'ils le disent. C'est-à-dire qu'ils ne sont plus « modernes ». Ils ne sont plus « *cet être acteur du monde* ». Ils se sentent inféodés par quelque chose qui pourrait se répéter. Donc, ils changent et puis il repartent de façon que je nomme saltatoire, sans que la question du continuum se pose mais dans la question du saut qui atteste tout le temps de ses possibilités, potentielles ou ressources, de pouvoir prendre les choses en main, c'est-à-dire d'être loyal à la culture moderne, c'est-à-dire de l'agissement à partir de la particule. Par exemple voilà ce qu'une jeune dame de 27-28 ans me dit justement : « seul le changement me fait exister, il faut que tout change tout le temps car à chaque changement je reprends les choses en main, c'est moi qui choisis ». Ah bon, je dis. Oui le thérapeute, il doit être malin. Alors, je lui dis « c'est bien de ne pas se contenter de ce que l'on a », je lui dis « mais, vous avez l'air de vous contenter justement de ce que vous avez, de ce que vous avez c'est-à-dire le changement perpétuel que j'entends que vous maniez avec beaucoup de dextérité ». « Est-ce que ne pas se contenter de ce que vous avez serait ne pas se contenter du changement perpétuel ? C'est-à-dire peut-être d'oser la permanence ». Elle me dit « ah non, la permanence, c'est pas possible, c'est ennuyeux, je ne me sentirais plus exister, ce serait la routine ».

Alors elle reprend et elle me dit « de pouvoir changer, c'est quand même ce qui est demandé, non ? ». Je lui dis « ben oui mais si c'est ce qui est demandé, êtes-vous sûre que c'est vous qui choisissez vraiment ? ». « En d'autres termes, seriez-vous conformiste ? ». Je pense que nous avons à tenir si nous voulons continuer à ce que la psychothérapie soit dissidente, dissidente non pas pour le plaisir de la dissidence mais pour soutenir la question du *sujet*, nous avons tout un travail de cette personnalité que j'appelle **personnalité psychosociétale** dans lequel nous avons à pouvoir mettre la personne par rapport à la question de ce qu'elle choisit réellement. Parce que à se sentir tous uniques dans une société qui prétend que tout le monde est unique et que tout ce que je fais c'est mon choix, il y a quand même un paradoxe extraordinaire de ce type de culture. Si dans une société, l'ensemble d'un groupe dit « *c'est mon choix* ». Il faudrait qu'ils se demandent si c'est vraiment de leur propre choix de choisir ou bien est-ce qu'ils sont traversés par la culture commune de : c'est mon choix. Nous sommes-là donc face à un **paradoxe** qui fait que justement dès lors que la particule n'est plus reliée à un tout et que la particule devient culture, vous ne faites plus la distinction entre vous et la culture, autrement dit, vous n'êtes absolument plus moderne. Et donc finalement on voit ces gens qui ne sont plus habités et forcément qui vont venir vous dire qu'ils se sentent seuls alors que rarement une société n'a donné autant de possibilité de ne pas se sentir seul. Qu'en est-il ? Je crois que si vous n'êtes pas habités, vous ne saurez pas vivre seul. Pour pouvoir vivre seul, il faut les moyens de cela. Vous pourrez commercer avec vous-même si vous sentez qu'il y a quelque chose en vous qui vous habite. A partir du moment où vous ne vous pensez que vous-même, n'étant que vous-même, vous vous sentirez très très mal dès lors que vous serez seul et vous serez tenté de bouger, d'aller rejoindre justement le réseau pour continuer d'exister. J'ai posé une fois la question à une dame. C'était une jeune fille plutôt 24-25 ans qui était venue me voir. Au bout de quelques entretiens, je lui pose la question « dans le fond, est-ce que vous pouvez penser qu'en vous, il y a autre chose que vous ? ». J'admets que c'est une question un peu particulière mais enfin on n'était pas au premier rendez-vous. Donc « pouvez-vous penser qu'en vous, il y a autre chose que vous ? ». Elle me répond a priori non. Ah, bon. Alors elle me regarde puis elle me dit « oui, mais qu'est-ce que vous voulez dire là ? ». Je lui dis « je ne sais pas moi. Vous êtes une belge. Vous êtes une femme. Vous avez du travail aussi, vous faites partie de ce type de milieu, de ce type de profession ». Alors je vois qu'elle est de nouveau perplexe. Mais ça va il y a encore quelques axones qui se mettent en route. Et puis je la vois réfléchir. Puis je lui dis « tiens mais vous m'avez dit a priori non. Alors maintenant a posteriori que je vous ai expliqué, qu'est-ce que vous pensez ? ». Toujours non ? « Vous avez peut-être raison ».

Je pense qu'il faut une lecture historique de la façon dont fonctionne le contemporain pour pouvoir travailler cela. Face à des gens qui sont seuls que va-t-on faire ? Va-t-on leur donner les moyens d'être seuls ? Est-ce qu'on va les inviter à aller rejoindre le plus tôt possible le réseau ? Je pense qu'il y a des réponses parfois très expéditives qui se font dans le champ des psychothérapies qui pourraient solidement être interrogées. La notion du groupe. Qu'est-ce qu'on attend d'une thérapie par le groupe ? Est-ce qu'on attend que le groupe suscite des singularités ? Autrement dit, est-ce qu'on attend qu'une thérapie par le groupe accentue le travail de soi personnel. Si ce n'est que cela, je serais un peu inquiet des thérapies de groupe et je crois que souvent ce n'est que cela qui est envisagé, et c'est pour ça que je suis inquiet. Parce que je crois que là on est sur une dynamique un peu perverse qui consiste à utiliser les autres pour soi. C'est-à-dire qu'on évacue la question de participer à un ensemble qu'on peut se représenter et qui peut nous habiter. Le groupe est évidemment un lieu interactif, il n'est pas que ça. Il doit à mon sens aussi être un lieu où s'éprouve le phénomène de la participation. Il ne peut pas être que la diffraction selon la particule, il doit pouvoir opérer quelque chose de l'ordre du recentrement qui active ce niveau de la participation. Moi, je fais des groupes avec une métaphore, une métaphore qui touche toujours l'humain profond. Je donne une métaphore de la santé mentale comme une tente canadienne. Vous savez la tente canadienne, c'est la petite tente qui tient par différents couples, des tendeurs qui fonctionnent de façon opposée. On parle comme ça de l'humain. Et les gens me parlent de leur tente et on ne parle que camping, de terrain, de camping sauvage, de camping organisé, on ne parle que de ça. Et les gens parlent d'eux et dans une métaphore vous ne savez jamais s'ils parlent d'eux ou s'ils parlent de la métaphore mais il y a quelque chose dans ce type de groupe qui célèbre « l'humus humain » et où ce que vous dites est une affaire qui ne les concernent pas uniquement eux. C'est ça la célébration. Célébrer, ça vient de *celeber*, fréquenter par le plus grand nombre de. Il me semble qu'un groupe se doit impérativement d'être un phénomène célébratif et là j'interroge les groupes de récits de vie. Je n'ai pas encore tout à fait bien compris. Ou bien les groupes de génogramme que je ne comprends pas non plus. Voilà pour ce qui est de susciter la question d'être habité. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui vont de soi dans la psychothérapie. La psychothérapie est l'apôtre de l'expression. Et bien justement, je pense que ça vaut la peine pour une fois de parler de l'**impression**. Comment est-on imprimé par quelque chose ? La communication, c'est très bien. Mais le silence... Est-ce qu'il a encore le droit de parole, le silence ? Pas sûr. Il y a aussi des tics chez les pys. Quelque chose est toujours vu selon des dynamiques un peu névrotique de fuite.

La prise de toxiques par exemple est toujours vue comme une fuite. Or, c'est souvent une **expérimentation** de quelque chose qui n'est justement plus tellement courant dans le milieu psychédélique. Ca veut dire quoi ? Psychodelum ? qui mène à l'âme. C'est quand même curieux que ce soit en pleine période du matérialisme triomphant qu'on voit réapparaître des toxicomanies ? Récemment, un jeune m'explique que pour lui il doit s'en sortir seul. Enfin, le petit livre du contemporain parfait. En même temps, je sais qu'il est dépendant aux benzodiazépines. Je lui dis « mais, c'est extraordinaire, vous qui êtes, qui voulez justement tout faire par vous-même et être indépendant, vous osez quelque chose d'incroyable, vous osez être dépendant » ; je trouve ça vraiment intéressant. » Et alors, il me dit « ah ça je n'avais jamais pensé comme ça ». Pouvoir regarder l'ouverture anthropologique que le symptôme met en place comme la possibilité de vivre quelque chose qui n'est pas courant est utile. La sensation de faim, me disait une anorexique, me propulse vers l'immatériel. Les troubles obsessionnels compulsifs, me disait une fille un petit peu saltatoire, « si je ne les avais pas, ma journée serait un bordel parce que je commence par ça et ça me structure ». Pour conclure, un autre lien commun dans le discours des psychothérapeutes, c'est la notion du droit. Combien de fois on entend « vous avez le droit de ceci, vous avez le droit de cela », ou bien les thérapeutes qui invitent à procéder pour pouvoir être reconnu et pouvoir faire votre deuil. C'est de la perversion du phénomène de la loi. Voilà ce que j'ai vu une fois dans le journal des TOC rédigé par un psychothérapeute, je crois de la région de Charleroi, « n'oublions pas que si vous n'êtes pas responsables par exemple de TOC, vous restez responsable de lalala....., vous avez le droit d'être respecté, le droit de recevoir, exprimer ces émotions ». Evidemment, c'est le Surmoi contemporain le plus important. « Le droit de maintenir,..... » Qu'est-ce que c'est que ce psychothérapeute qui donne des droits. De qui reçoit-il la capacité de donner des droits. Et est-ce que l'individu de droit est-il vraiment une figure de santé mentale ?