

## **Les cas complexes... vous avez dit complexes ?**

### *Un regard historique et sociologique*

*« L'humanité est constamment aux prises avec deux processus contradictoires dont l'un tend à instaurer l'unification, tandis que l'autre vise à maintenir ou à rétablir la diversification. »*

*Claude Lévi-Strauss*

### **A. Historique-Evolution des sciences & disciplines...**

#### 1. « L'honnête homme » du XVII<sup>ème</sup> siècle.

Au siècle qui précède celui des Lumières, on commence à parler d'« honnête homme » un peu partout. Les mots n'ont cependant pas le sens qu'ils auraient aujourd'hui. Il ne s'agit pas seulement d'un homme honnête, mais de quelqu'un à qui on prête, notamment, une érudition importante. Il est généraliste dans ses connaissances et ses intérêts avec pour idéal de tout connaître dans tous les domaines ! Ceci est irréaliste mais on avait encore l'illusion à l'époque que ce fût possible...

Aujourd'hui, un tel objectif apparaît totalement désuet.

Après le divorce entre Science et Religion avec le procès de Galilée, on a vu de nouveaux domaines progressivement élevés au rang de sciences. La naissance des sciences humaines a ouvert la boîte de Pandore car, l'être humain étant complexe, ce qui le concerne est quasi infini.

Nous voilà arrivés aux XX<sup>ème</sup> et XXI<sup>ème</sup> siècles, face à une situation dont la principale caractéristique est la complexité.

#### 2. Le processus d'isolement et de focus sur une matière et ensuite sur un sujet.

Il a donc bien fallu « organiser » les sciences de manière plus rationnelle. Ainsi, alors que physique et philosophie ont des liens évidents et indiscutables, on les présente aux étudiants dans des cours séparés. Si les « sciences sociales » sont vues comme une science de synthèse par Auguste Comte ou même Karl Marx, elles vont être mises en œuvre sous un regard très différent au XX<sup>ème</sup> et se subdiviser en une multitude de disciplines, enseignées, encore une fois, sans en souligner les liens : la sociologie, le droit, la psychologie, l'économie, la démographie, la géographie, la science politique, l'histoire, l'anthropologie, la sexologie, les études de genre, la criminologie, la linguistique,...

Ce procédé, explicable dans un souci de facilité et d'efficacité, a induit, au fil du temps, une perte de contact et un cloisonnement des domaines. Toutes les connaissances sont aujourd'hui compartimentées. Chacun définit son objet d'étude et d'intervention au moyen de critères, de conditions, dans le but de circonscrire cet objet et d'opérer des classifications.

On a assisté à l'émergence d'une société de spécialistes de plus en plus pointus et de moins en moins en lien avec la réalité humaine... complexe.

## **B. ...jusqu'aujourd'hui**

1. La nécessité d'une vue holistique, en particulier dans les sciences humaines et les dangers des classifications.

L'être humain s'il est complexe, est aussi un être dont toutes les parties physiques ou mentales sont reliées et interdépendantes. On ne mesure pas suffisamment à quel point tout élément d'une personne peut influencer d'autres éléments. Heureusement, on voit maintenant poindre une réflexion sur la nécessité d'aborder l'être humain dans sa globalité.

On ne peut se passer du diagnostic qui sert de support thérapeutique. Mais le concept doit être discuté car il rend parfois les moyens mis en œuvre inutiles. Il est à la fois très utile et dangereux. Support et base de travail importants, il faut éviter d'y enfermer la personne. Par exemple, c'est le « double diagnostic » qui engendre le jeu de ping-pong où chaque secteur de prise en soins se renvoie la personne.

Le diagnostic en soi offre un double intérêt. Le premier est d'ordre **épistémologique** ; il participe à l'intelligibilité de la maladie en intégrant un phénomène observé à la connaissance médicale. Comme mentionné plus haut, la nosographie s'est construite au fil des siècles en opérant des classifications hiérarchisées des maladies en familles et en genres comme on classifie les plantes ou les insectes. Née au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la psychiatrie a emboîté le pas au mouvement classificatoire de la *médecine des espèces* : Pinel<sup>1</sup>, Esquirol<sup>2</sup> et leurs successeurs ont découpé le champ de l'aliénation mentale en une arborescence de plus en plus complexe qui a conduit au DSM V ou au CIM 11 actuels.

Le diagnostic offre aussi une portée **clinique** : nommer la maladie permet d'articuler le discours médical autour de l'individu souffrant. Aujourd'hui, la *médecine des espèces* a vécu et la théorie ontologique de la maladie a beaucoup évolué. Mais la notion de diagnostic a gardé sa dimension opératoire.

Il importe pourtant de l'utiliser avec précaution et de ne surtout pas le figer, car il peut être évolutif. Sur le plan de la santé mentale, on se heurte à d'énormes difficultés car bien peu de troubles psychiques font l'objet d'un réel consensus quant à leur étiologie. La psychiatrie est divisée en écoles où chacun y va de ses explications et de ses méthodes. Entre l'affirmation d'une origine biologique des troubles mentaux (particulièrement vrai pour l'autisme<sup>3</sup>) et la négation de leur réalité (« les maladies n'existent pas, mais la souffrance psychique existe »<sup>4</sup>) on trouve des approches très différentes, tant diagnostiques que thérapeutiques.

Voilà de sérieuses raisons d'être prudent.

En résumé, le concept de diagnostic en santé mentale pose deux questions essentielles.

---

<sup>1</sup> Philippe Pinel, médecin aliéniste français, précurseur de la psychiatrie 1745-1826

<sup>2</sup> Jean-Etienne Esquirol, médecin aliéniste français, père de l'organisation de la psychiatrie 1772-1840

<sup>3</sup> Voir Bibliographie Référence 3

<sup>4</sup> Voir Bibliographie Référence 19 p.38

La première est de comprendre comment la manière dont une entité construite par le savoir médical, peut déboucher sur des conséquences existentielles parfois très lourdes.

La seconde interroge un fonctionnement individuel et collectif qui ne parvient pas à intégrer sa part de folie pourtant irréductible et nécessaire.

Or, devant des « cas » qui ne répondent à aucune définition (construite) ou au contraire, qui répondent à plusieurs définitions et réunissent beaucoup de critères, les intervenants sont perdus. Le sujet leur apparaît hors du champ de leur expertise. Ce qui est faux mais il nécessite aussi la collaboration et l'intervention d'autres experts.

## 2. Une question de vocabulaire

Une classification implique toujours un étiquetage qui est un risque d'enfermement, de stigmatisation ou d'exclusion. La personne se réduit au diagnostic. Il devient UN paranoïaque, UN psychotique, etc. Devant le diagnostic, son identité s'efface et s'y dissout. C'est ce qui peut arriver si on s'en tient à vouloir l'enfermer dans un seul diagnostic.

L'appellation « double diagnostic » est apparue il y a une vingtaine d'années. Elle pose des problèmes épistémologiques. Elle est utilisée dans d'autres situations : par exemple un malade mental qui souffre aussi d'addictions. Et, du point de vue sémantique, elle signifie uniquement un malade qui présente des comorbidités, peu importe lesquelles, tant psychiques que somatiques. Elle morcelle ainsi le sujet, éclaté entre plusieurs disciplines et conduit à des impasses qui sont aussi un risque de ruptures et d'exclusion dans le parcours de vie.

Cependant, le sujet réduit à un diagnostic, est voué à connaître de graves perturbations : hospitalisations prolongées ou répétitives, rupture des liens familiaux et sociaux, administration des biens et/ou de la personne, difficultés de trouver un logement ou un lieu de vie, etc...

Les termes « cas complexes » ou « situation de vie complexe » ont remplacé ceux de « double diagnostic ». Ils visent d'ailleurs une catégorie encore plus large. Est-ce un progrès ? Pas forcément car on peut inventer toutes les classifications possibles, la complexité de l'être humain fera toujours que certains échapperont à toute catégorie. Les « cas complexes » les « incasables, les inclassables viennent déjouer les certitudes des catégories. Ils les narguent ces CIM, DSM IV ou V et autres CIF ! Ils nous disent « vous ne me mettez pas dans une boîte ! »

Néanmoins, considérer le patient comme un cas complexe permet une approche multifactorielle et une individualisation des réponses modulées au plus près des besoins.

## 3. Médicalisation et psychiatrisation des problèmes sociaux.

Parallèlement à l'éclatement des domaines en disciplines différentes de plus en plus nombreuses et rangées en silos, on a observé une médicalisation, voire une psychiatrisation, des problèmes sociaux.

A Bruxelles, chaque week-end, les urgences psychiatriques sont envahies de personnes amenées, principalement par la police, parce qu'elles perturbent la voie publique...<sup>5</sup> En réalité ce sont surtout des individus sans-abri, souffrant d'addictions diverses, qui se sont battus en rue, etc. Toutes ces

---

<sup>5</sup> <https://www.revuenouvelle.be/Malaise-urbain-et-psychiatrie-a-Bruxelles>

caractéristiques ne sont pas forcément liées à des problèmes psychiatriques qui justifient une hospitalisation et ces « patients » sortent de l'établissement le lendemain.<sup>6</sup>

Un autre exemple est celui des enfants « difficiles » sur lesquels il est intéressant de s'arrêter.

Le nombre des élèves « difficiles » semble se multiplier de décennie en décennie. Les chiffres de l'enseignement spécialisé en Belgique ne cessent de croître. Après des années de stabilité, en dix ans le nombre d'élèves a augmenté de 21 % en maternel et secondaire et de 14% en primaire<sup>7</sup>. Ceci est d'autant plus étonnant que, d'une part, de nouveaux dispositifs ont été créés pour maintenir ou intégrer des enfants handicapés en enseignement ordinaire et que, d'autre part, la structure démographique belge vieillit et les jeunes (entre 0 et 20 ans) représentent un pourcentage de plus en plus réduit de la population. En d'autres termes, il n'y a pas plus d'élèves. Le nombre d'enfants handicapés n'augmente pas non plus dans ces proportions. Ce sont les sections destinées aux troubles instrumentaux et aux troubles comportementaux qui sont le plus peuplées, soit les enfants qui présentent très souvent de bonnes aptitudes d'apprentissage. De plus en plus d'enfants sont renvoyés vers ces classes spécialisées pour des motifs de comportement. Et même ces classes tentent de les refouler les privant ainsi du droit à l'instruction. En réalité, les constats sont assez édifiants : dans sa thèse de doctorat, Philippe Tremblay<sup>8</sup> relève deux points. Le seuil de tolérance des enseignants est très vite atteint devant le comportement des élèves (à la question de savoir ce qui était le plus difficile dans leur métier, une majorité a avancé le fait que les élèves soient handicapés !) et ils ont souvent un rêve d'enfants-robots, tous pareils et bien normés, plus faciles à enseigner.

Les causes de cette situation sont multifactorielles mais la solution préconisée est très souvent uniquement de nature médicamenteuse alors qu'il faudrait y adjoindre d'autres interventions : La Ritaline (ou Rilatine selon les pays) et les psychotropes ne résoudre pas complètement les problèmes.

Une revue belge de santé mentale, Confluence<sup>9</sup>, titrait en juin 2011, un de ses numéros « Les jeunes incasables » devant les refus en cascade que rencontraient les demandes de prise en charge ou devant la très courte durée de leur séjour en institutions multiples de ces jeunes. On « se passe » le jeune comme un objet ou, plutôt, comme une patate chaude.

Les autistes, par exemple, semblent poser « problème » partout. On peut donc se demander s'il n'y a pas confusion entre cause et conséquence : on qualifie d'office les autistes de population « difficile » ! Le même constat peut être fait pour les troubles de l'attachement ou les abandonniques. En réalité, on transforme les besoins de ces jeunes en pathologie. La prise en compte des « incasables » est éminemment éthique et politique.

Et il faudrait pourtant savoir prescrire des traitements avec le savoir et l'expérience nécessaire.

---

<sup>6</sup> <https://www.rtbef.be/article/bruxelles-la-police-davantage-confrontee-a-des-personnes-en-souffrance-mentale-10343651>

<sup>7</sup> <https://www.lavenir.net/actu/belgique/2019/12/12/le-nombre-deleves-dans-lenseignement-specialise-a-fortement-augmente-en-10-ans-SCP4MGRGTBG7BATGEGEUCNAPNM/>

<sup>8</sup> Voir Bibliographie Référence 15

<sup>9</sup> Confluence revue de l'institut wallon de santé mentale N°11, Namur Juin 2011

## C. Les cas complexes en santé mentale

### 1. Etat des lieux

Aujourd'hui, le repérage des structures de personnalité, la recherche de ce qui peut les provoquer et leurs conséquences pour le sujet dans son rapport au monde, ne sont pas les préoccupations dominantes, mais bien comment endiguer au plus vite ces comportements dérangeants. Ce souci explique, tout au moins en partie, l'engouement pour les théories comportementalistes au sens strict.

La société du profit tend à supprimer tout ce qui ne rapporte rien ou semble inutile et elle ne cesse pourtant d'affirmer, dans son discours, son attention pour les minorités, les fragiles, les vulnérables.

En réalité, elle les renvoie à la marge, plus qu'autrefois où il y avait bien moins de personnes âgées en maison de repos et de déficients mentaux légers en institution<sup>10</sup>. En Belgique, il y a une institutionnalisation excessive. Les déficients légers sont, pour la plupart, capables de vivre en autonomie ou en autonomie supervisée. Autrefois, c'étaient les « idiots du village » à qui on confiait de petits travaux pour la communauté ce qui n'est plus possible dans l'organisation sociale actuelle. En outre, les prises en charge doivent se moduler en fonction des moments et de l'état du sujet. On peut très bien rester en famille ou en accompagnement de jour au début de l'âge adulte et ensuite intégrer plus tard une structure résidentielle.

Le message contradictoire est omni présent et on retrouve des concepts antinomiques accolés comme une évidence alors que c'est un paradoxe.

Ainsi, on prétend favoriser l'intégration, voire l'inclusion du sujet tout en l'exhortant à une émancipation personnelle. La tension est clairement circonscrite entre une opération par laquelle un individu intègre un ensemble plus vaste et une action qui vise à s'affranchir de contraintes, donc à promouvoir la différenciation. Et il est difficile de faire la part de préoccupations idéologiques ou économiques.

### 2. La psychiatrie comme solution

Il n'est pas neuf d'instrumentaliser la psychiatrie au profit de la norme sociale.

Faut-il rappeler les sorcières considérées comme possédées ou folles ? Michel Foucault, se plaçant à une époque antérieure ou contemporaine à Pinel, écrit : « *{la folie} a surtout embarrassé le législateur qui, ne pouvant manquer de sanctionner la fin de l'internement, ne savait plus en quel point de l'espace social la situer - prison, hôpital, assistance familiale* ». <sup>11</sup>

Un peu plus tard et parfois jusqu'à nos jours, on a déclaré hystériques ou délirantes les femmes qui ne se comportaient pas de manière socialement acceptable pour leur temps ou leur milieu. Les

---

<sup>10</sup> Voir Bibliographie Référence 10

<sup>11</sup> Voir Bibliographie Référence 6

exemples ne manquent pas dont certains connus comme Camille Claudel<sup>12</sup> ou Rosemary Kennedy<sup>13</sup> ou encore Zelda Fitzgerald.

Michel Foucault, encore, dans « Surveiller et punir » qui souligne que le pouvoir a changé de lieu et de forme avec l'émergence, partout, de la discipline. Les cas complexes ne seraient-ils pas le symptôme des travers de la société ? Ils échappent à la discipline et mettent tout le monde dans l'embarras.

La médecine, en particulier la psychiatrie, est convoquée pour soigner les maux de société ou alors les contenir.

## **D. Une petite revue de cas « complexes »**

Dans ma pratique professionnelle, j'ai souvent été étonnée de lire certaines anamnèses. Ainsi, elles ne comportent souvent que des antécédents médicaux et rarement des éléments familiaux ou sociaux, quasi jamais de liens entre les deux. L'aspect trans-générationnel y est rarement mentionné. Or, il y a de bonnes raisons de croire que tout est lié et a un lien de causalité.

Il ne faut pas nier les difficultés que peut soulever la notion de secret professionnel. En Belgique, nous utilisons aussi la notion de secret partagé autour des cas suivis. C'est-à-dire qu'on peut partager entre personnes assurant le suivi d'une même personne, les éléments nécessaires à décider de son traitement et des mesures à prendre à son égard et uniquement ces éléments-là. Il faut évidemment que tous soient tenus au secret également. Mais l'article 458 du code pénal belge (secret professionnel) inclut beaucoup de professions : « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sage-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, ... »

A titre d'exemples, je voudrais évoquer trois situations présentées comme des cas complexes (les prénoms sont d'emprunt) :

### **1. SERGE**

Serge, 40 ans, est hospitalisé en psychiatrie depuis deux ans. Il est aveugle. Il vivait en institution en raison d'une déficience mentale et de troubles comportementaux qui ont mis les intervenants en grande difficulté et motivé son hospitalisation et la peur de le voir revenir.

La psychiatre ne voit aucune raison de le garder hospitalisé mais l'institution refuse de le réintégrer le trouvant « dangereux » et je suis convoquée à faciliter sa réintégration.

Quand je le rencontre, Serge répond à mes questions et me dit « on ne veut plus de moi nulle part. Vous savez où je vais aller ? » Je lui demande son avis et il répond « je ne sais pas, je n'ai plus

---

<sup>12</sup> Delbée A., *Une femme*. Presses de la renaissance, Paris, 1982

<sup>13</sup> [https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2009/04/07/rosemary-le-dernier-secret-des-kennedy\\_1177761\\_3222.html](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2009/04/07/rosemary-le-dernier-secret-des-kennedy_1177761_3222.html)

personne ». Il ajoute qu'ici il a tous ses repères et il circule facilement dans l'hôpital en dépit de sa cécité. Ailleurs, tout sera à recommencer.

Son dossier ne mentionne que des maladies courantes, des traitements médicamenteux divers, parfois lourds, mais livre deux informations intéressantes : il est sous anxiolytique et antidépresseur à dose élevée et sa cécité est une conséquence de deux épisodes d'automutilation à cinq années d'intervalle en institution.

L'institution s'étonne de mes questions surtout quand j'interroge sur sa famille. On me répond : « Elle n'est plus présente. Inutile de compter sur elle. Ce sont des gens du milieu quart-monde, une famille très nombreuse au fonctionnement chaotique, avec des dossiers à l'Aide à la jeunesse, etc. Sa mère et une de ses sœurs venaient souvent le voir mais maintenant elles sont mortes ».

Poursuivant mes investigations, je découvre que :

1. A 12 ans, Serge a été enlevé à sa mère qui vivait dans un taudis insalubre avec deux enfants (Serge et sa sœur aînée) avec quelques problèmes d'addiction. Cette maman, certes très négligente et peut-être dangereuse, était la seule référence affective et rassurante de Serge enfant. Et, selon les dires des travailleurs sociaux il y avait une affection réciproque entre eux, mais la mère était inadéquate. Le parcours disruptif de Serge ne lui a pas fourni les bases élémentaires. Il est envoyé en école spécialisée au motif d'une déficience mentale dont je ne vois pas de preuve formelle.
2. A sa majorité, il est orienté vers un service pour adultes handicapés. Dans son dossier, aucune évaluation sérieuse de son handicap, mais seulement, une répétition de son constat (sur quelle base ?). Il réside dans la même institution depuis ses 21 ans, soit depuis quasi 20 ans. La maman a vécu avec plusieurs hommes différents dont elle a eu en tout 6 enfants. Sa référente m'apprend qu'elle et la sœur aînée de Serge lui ont rendu visite régulièrement, l'accueillant parfois chez elles pour un week-end. Mais, alors que Serge a 32 ans, sa maman décède d'un cancer. Sa sœur vient moins souvent car elle vit mal les demandes et reproches de Serge concernant la mère. Il se met en colère et agresse même sa sœur. Dans le dossier, à cette époque, on note une augmentation progressive des médicaments pour aller jusqu'au double de la dose initiale.
3. C'est à ce moment-là qu'il se crève un œil dont il perd totalement l'usage. Sa sœur, très ébranlée par l'événement, reprend ses visites et tente de lui apporter soutien et réconfort. Il ne parle plus de sa mère et semble apaisé, vaque à ses activités et montre beaucoup de joie lors des visites de sa sœur.
4. Cinq ans plus tard, la sœur de Serge disparaît brusquement, tuée par son compagnon. Trois mois plus tard, Serge se crève le deuxième œil, acte qui le rend aveugle. Le personnel est fortement déstabilisé par ce deuxième épisode d'automutilation et demande son admission immédiate en hôpital psychiatrique.

Toute l'équipe porte une énorme culpabilité. Trois ans après son geste, les intervenants sont toujours aussi choqués et surpris des comportements de Serge qu'ils qualifient d'imprévisible et de dangereux pour lui et pour les autres. Pourtant, les deux actes qui l'ont rendu aveugle sont les seuls épisodes agressifs constatés en presque 20 ans. La moitié des intervenants reproche à l'autre moitié d'avoir refusé de l'orienter vers la psychiatrie sept ans plus tôt. Tous se disent non outillés pour prendre une telle personne en charge, etc. Quant à l'hôpital psychiatrique qui

l'héberge déjà depuis longtemps (en infraction et sans subsides car la législation ne permet que 3 mois renouvelable deux fois maximum) il exige son retour à l'institution.

Après toutes ces nouvelles informations, je fais l'hypothèse que :

- Serge a vécu une enfance dans une grande insécurité l'empêchant d'être ouvert à l'apprentissage scolaire. Le milieu violent et instable lui a imposé un parcours en zig-zag (nombreux déménagements et expulsions, compagnons violents de sa mère) conditions certes nuisibles à un enfant qui n'est pas pour autant déficient. Comment les enseignants et les travailleurs sociaux n'ont-ils pas creusé cela ?
- Le lien maternel semble avoir été très fusionnel. Mère et sœur sont ses seules références. Heureusement qu'elles étaient là ! Malheureusement, l'institution ne l'a pas du tout vu ainsi, considérant « ces gens », sans beaucoup d'éducation ni de manières, comme des gêneurs dans le cours de leur prise en charge normative.
- Les deux épisodes d'automutilation correspondent à la disparition des figures affectives de Serge. Je n'y vois pas un comportement « dangereux » mais des actes de désespoir dont on aurait sans doute pu éviter au moins l'un des deux.
- Refuser son retour dans le lieu qui a été sa maison pendant 20 ans est, pour moi, un acte maltraitant qui pourrait induire une issue grave. Au lieu d'en avoir peur, il y aurait lieu de l'accueillir avec chaleur et bienveillance et de renforcer autour de lui des liens qu'il a certainement avec d'autres résidents ou avec certains éducateurs.

Au cours de cette histoire de vie, on n'a cessé de bricoler la médicalisation d'une situation qui est surtout le produit de la pauvreté sous toutes ses formes. Une approche plus soignée et surtout de la concertation aurait certainement permis un traitement plus adapté à ses problèmes et

A chaque étape, on a cherché une solution dans un médicament sans les accompagner de soutiens sociaux et psychologiques : aide financière à la mère ou tutelle parentale, suivi scolaire de l'enfant, évaluation de ses capacités et aptitudes, orientation vers une formation qualifiante, etc. Et même si les tests avaient révélé des carences de base, on pouvait encore le soutenir et l'accompagner. Beaucoup de personnes déficientes mentales ne vivent pas en institution mais en milieu ouvert avec des appuis et certaines ont un emploi. Enfant, Serge était stigmatisé dès le départ au point qu'on n'a même aucune trace d'une évaluation de ses aptitudes, tant la croyance de sa déficience était ancrée chez tous les intervenants.

On peut avancer l'hypothèse qu'on a construit, ou tout au moins aggravé, sa marginalisation et précipité les événements dramatiques de sa vie et, plus grave, cela s'est passé sous prétexte de le protéger et de l'aider.

## 2. CAMILLE

Camille est une très jolie jeune fille de quinze ans. A ce moment, je travaille à l'Aide à la jeunesse et un lundi matin, le procureur me mandate pour suivre cette jeune fille admise en institution durant le week-end suite aux déclarations qu'elle a faites à la police où elle a déposé plainte contre son père.



Son dossier est quasi vide car, jusqu'à ce jour, elle était inconnue des services sociaux ou policiers. Mais on y trouve mention de comportements agressifs à l'école, de fugues et de comportements « ingérables ».

Contactée, l'école m'apprend qu'elle a été une enfant agréable et plutôt enjouée, bonne camarade. Elle a été orientée en classe spécialisée (troubles instrumentaux) dès le secondaire. Depuis un an son comportement pose problème : elle se bat avec ses compagnes et ses résultats sont en chute libre. La titulaire dit que « c'est probablement l'âge, l'adolescence est toujours un passage difficile ». Elle ajoute que sa mère la trouve également très « difficile » en famille.

Je rencontre Camille dans l'institution qui l'accueille. Elle déclare ne pas vouloir y rester et demande quand elle pourra rentrer chez elle. Elle est persuadée que son père a été arrêté. Elle rit beaucoup (trop) et nerveusement. Elle est, en apparence, rayonnante et solaire, dégage une sorte d'euphorie qui me questionne.

Elle me raconte que son père lui impose des rapports sexuels depuis un peu plus d'une année. Sa mère ne l'a pas crue. Même quand elle s'est trouvée enceinte, elle n'a pas mis son mari en cause. Elle a avorté elle-même sa fille, disant que, comme aide-soignante, elle savait comment faire et lui a interdit d'en parler. Sa mère l'accuse d'avoir eu des rapports sexuels avec un autre homme. Et elle lui donne des pilules contraceptives.

Camille minimise ses mauvais résultats scolaires dit qu'ils vont s'améliorer parce qu'on l'a diagnostiquée hyper kinétique et qu'elle est sous médicament depuis 3 mois...

Quand je rencontre la mère, elle charge sa fille de toute la responsabilité, la déclare provocante et aguicheuse. Elle ne veut plus la voir ni même lui parler car elle a amené le scandale dans la famille (sic). Elle m'annonce que le père n'est pas son père mais Camille l'ignore. Elle est née suite à un viol : la mère, en virée à Bruxelles avec une amie, a été violée derrière une baraque foraine par trois hommes différents, n'a pas osé le dire à ses parents qui ont été mis devant la naissance imminente et ont cherché un mari pour leur fille. Elle a camouflé sa « faute » en épousant un homme qu'elle connaissait à peine et avec qui elle a ensuite eu deux autres enfants. Elle excuse son mari : « ce n'est pas comme s'il avait couché avec sa fille ». Elle minimise les faits et nie beaucoup de choses. Ses propos sont assez confus, elle oscille entre une attitude où elle pense que l'agresseur est extérieur à la famille et une attitude qui montre qu'elle sait que son mari est coupable. Elle déclare que Camille a, depuis peu, des comportements qu'elle qualifie d'hystériques et qui l'ont amenée à lui administrer ce qu'elle appelle des calmants. A ma demande de précisions, elle dit que ce sont des médicaments auxquels elle a accès dans la maison de repos où elle travaille.

Selon elle, Camille a « toujours posé problème ». Petite, elle présentait beaucoup d'allergies, de l'eczéma, etc... Elle est sujette à des troubles alimentaires : boulimie et anorexie sans que ça ne devienne réellement pathologique. Mais sa mère la voit comme très « dérangeante ». Et elle énumère tous les médecins consultés et tous les traitements essayés.

Le « père » nie les faits et qualifie Camille d'affabulatrice et de vicieuse. Il me raconte qu'un soir, il a vu une fille sur le bord de la route ; croyant que c'était une prostituée « à cause de ses vêtements », il s'est arrêté et a découvert que c'était sa fille. Il voit là une preuve de sa déviance et de ses « inventions ». Et il ajoute : « d'ailleurs, ce n'est pas ma fille, la mienne n'aurait pas fait ça ».

Deux mois plus tard, l'institution m'informe de la tentative de suicide de Camille. Elle a tenté de sauter par la fenêtre la semaine précédente, et, en dépit des antidépresseurs, elle a recommencé cette

semaine et est maintenant hospitalisée avec les deux jambes cassées. Elle est sous antidépresseurs mais la psychologue de l'institution ne l'a pas vue...

La mère refuse toujours tout contact alors que Camille l'a appelée plusieurs fois. Entretemps, j'apprends que la grand-mère s'est elle aussi mariée enceinte d'un autre homme que son mari. La mère me parle d'une « malédiction » qui poursuit la famille et elle rend Camille responsable de mettre au jour le « secret »... Et elle a ces mots : « Finalement, on ne sait pas quoi faire d'elle, elle n'amène que des problèmes et des ennuis ».

Ici aussi, on est face à un problème familial, psychologique et social où les réponses et remèdes ont été uniquement recherchés dans la médication.

Comment l'école n'a-t-elle pas investigué davantage ? Le médecin scolaire a prescrit de la Ritaline sans chercher la cause des changements soudains de Camille, dans le but unique de la calmer. L'absence d'antécédents aurait pu être pris en compte et interpeller les intervenants.

Pourquoi personne n'a jamais raconté son histoire et dit la vérité à Camille ? Certes les secrets de famille existent partout mais il y a intérêt à les travailler car, comme dit Serge Tisseron « *toujours le secret suite* » ...

Après ses déclarations, elle a été éloignée de sa famille (conséquence qu'elle n'avait pas anticipée et qu'elle vit comme une grande injustice) alors que l'auteur des faits peut rester chez lui comme avant.

Elle n'a aucune information quant à sa plainte, sa mère refuse de lui parler et de la voir, elle a dû quitter sa maison, elle doit changer d'école (l'établissement qui l'accueille étant éloigné de son domicile), etc. Toute sa vie est chamboulée et c'est elle qui est montrée comme un « problème ». Et puisque c'est la place qu'on lui assigne, elle devient un « problème ».

Tous ces éléments, très perturbateurs, n'ont pas été travaillés avec elle et quand elle appelle au secours, on pense uniquement aux antidépresseurs sans aborder ses ressentis. Encore une fois, on a utilisé la médecine et les médicaments comme secours ultime et en espérant contenir ses comportements. On a fait des symptômes un diagnostic qui ne tient pas compte du passé de Camille. Une analyse plus large aurait certainement amené une solution plus complète ou plus complexe. Car, à problème complexe, solution complexe.

### 3. SEO JOON

Je rencontre Seo-Joon quand il va avoir 15 ans. Il est né en Corée du Sud et a été adopté par une famille belge. Présenté comme un adolescent « incasable », il a déjà été placé dans plusieurs institutions et en hôpital psychiatrique, tous lieux qui se le renvoient au motif qu'ils ne sont pas compétents pour son cas. Il est en régime fermé à la demande de ses parents adoptifs qui ne parviennent plus à le garder en famille. Je suis mandatée par le Procureur de la Jeunesse.

Le dossier mentionne beaucoup d'informations. Seo Joon a été déposé, à quelques jours, sur le seuil d'un établissement qui semble être une pouponnière ou un orphelinat, dans une petite ville coréenne. Il y a passé trois années puis a été transféré à Séoul dans une institution équipée d'une école. C'est là qu'après trois ans, on lui a trouvé une famille via un organisme belge d'adoption. L'identité de sa mère n'est pas connue. Les documents sont lacunaires. Seul le nom de l'organisme d'adoption apparaît, rien sur la procédure, les éléments de rencontre entre la famille belge et l'enfant, beaucoup de confusion dans les dates, les noms, etc.

Seo Joon me dit vouloir aller en Corée pour retrouver sa mère. Il semble ignorer qu'elle n'est pas connue et me dit même se souvenir d'elle et de son visage. C'est une obsession. Aucun autre sujet ne l'intéresse. Pour lui sa famille adoptive n'est pas sa famille ; il ne leur a rien demandé. Ils seraient venus le « voler » à sa mère.

Je rencontre les parents adoptifs, personnes effacées, peu loquaces et qui semblent abattues. Ils ont deux autres enfants (15 et 17 ans). Ils ont souhaité adopter un enfant coréen pour « faire une action chrétienne » (ce sont leurs mots). Ils ne comprennent pas que cet enfant « ait si peu de reconnaissance ». Ils me disent aussi « n'avoir pas mérité ça ». Ils pensent avoir « tout fait » pour lui.

La maman, qui est la seule à parler, me dit qu'elle voulait une fille, un bébé le plus petit possible et elle a reçu un petit garçon de 6 ans. Elle parle comme si elle avait fait son marché et reçu un article qu'elle n'avait pas commandé.

A ma question « Pourquoi avez-vous accepté de l'accueillir ? », elle répond d'un ton péremptoire : « On ne refuse pas un enfant ».

L'intégration de Seo Joon a été très difficile, en réalité n'a jamais été réalisée. Il était boudeur et ombrageux, ne donnait jamais aucun signe de joie ou de contentement. Il était opposant en permanence, en famille comme à l'école. Il a très vite appris le français et montrait de bonnes aptitudes cognitives au point qu'il a été très vite intégré en classe de son âge... Pourtant, son comportement a vite posé problème et en fin d'école primaire on l'oriente dans l'enseignement spécialisé en classe pour « caractériels » avec une étiquette de « handicapé » et « inadapté social », à 12 ans ! Pourtant, je ne trouve pas de test qui le confirmerait, bien qu'il ait été vu par la médecine scolaire.

Les actes de rébellion se multiplient. A 9 ans, il avait déjà mis le feu à l'école. L'ambiance familiale est tendue. Les deux autres enfants reprochent à leurs parents l'adoption de Seo-Joon, disent qu'il est méchant. A deux reprises, il s'enfuit de la maison plusieurs jours. La police l'y ramène vu son jeune âge.

Les parents demandent une hospitalisation en psychiatrie. Ils en ont peur et obtiennent son enfermement car ils le décrivent comme très dangereux. Il semblerait qu'il a aussi essayé de mettre le feu au domicile familial et qu'il détruit beaucoup de choses dans la maison, surtout des objets appartenant à son frère et à sa sœur. La maman le qualifie de voleur et de pyromane.

Après beaucoup de difficultés, je rencontre une personne de l'organisme d'adoption (qui n'existe plus), une certaine Molly qui répond à mes questions mais avec un peu d'embarras qu'elle met sur le compte du temps écoulé. Elle livre une information supplémentaire : aucune rencontre préalable, aucune préparation des parties à l'adoption n'a été faite. Seo Joon a été amené en Belgique par elle-même. Les parents et lui ne s'étaient jamais vus. Elle ajoute « en ce temps-là, c'était comme ça ».

Chargée du suivi de ce jeune, je demande sa sortie via intervention du Juge de jeunesse, et j'obtiens de lui qu'il retourne à l'école. Les parents et lui conviennent de faire une nouvelle tentative de vie commune. Mais quelques mois plus tard, il a à nouveau fugué et on ne sait où il est. Les parents déclarent qu'ils ne veulent plus entendre parler de lui et refusent même d'alerter la police !

Trois mois plus tard, Seo Joon m'appelle. Il est à Bruxelles où il travaille dans un restaurant, sous statut précaire. Il dort dans une arrière-cuisine mais il a économisé l'équivalent de deux mois de mon propre salaire en travaillant 7 jours sur 7 pour différents employeurs qui semblent l'apprécier

beaucoup. Il veut louer un appartement dont le propriétaire refuse un locataire mineur d'âge car ce n'est pas légal. Seo Joon compte sur moi pour signer le bail.

Pour moi, ce jeune n'est pas handicapé ni peut-être pas malade mental. Ce sont pourtant des termes inscrits dans son dossier qui contient aussi des traitements divers pour calmer son agressivité. Il montre une rare habileté à vivre en marge de tout ce qu'il refuse, sans tomber dans les addictions, la délinquance ou la dépression. Il a une grande force.

A partir de là, je ferai plusieurs contrats avec lui qu'il respectera assez bien. Notamment, une nuit où il m'appelle à 4 h du matin : il est à Anvers et me dit « je crois que je vais faire une grosse bêtise. Je vais m'embarquer sur un bateau-cargo pour aller chercher ma mère en Corée ». Après une heure de discussion, il décide de rester en Belgique.

Il travaille dans un restaurant sous contrat d'apprentissage (avec enseignement en alternance). Ceci va tenir un certain temps. Le couple des employeurs s'y attache beaucoup au point de vouloir l'adopter ce qui est impossible légalement en Belgique (la première adoption, adoption plénière, est irréversible). Et, juste avant ses 18 ans, son patron le vire car il est devenu l'amant de sa femme qui a quitté son foyer pour vivre avec lui !

A ses 18 ans, mon suivi s'est arrêté mais j'ai encore eu quelques nouvelles par la suite : il a eu des postes de plus en plus spécialisés dans des restaurants de plus en plus côtés. Et puis, il s'est engagé dans la marine marchande et j'ai perdu sa trace.

Bien sûr, Ce jeune a une histoire de vie complexe et s'est rarement comporté de manière attendue. Néanmoins, il n'est pas handicapé, je dirais plutôt marginal. Et j'aurais tendance à penser qu'il est particulièrement doué pour se tracer un chemin dans la vie par-delà tous les obstacles qu'il a rencontrés.

A la lumière de ces trois exemples, on mesure bien le désarroi d'un intervenant issu d'une discipline précise, que ce soit un médecin, un travailleur social, un psychologue, un enseignant, devant une personne en souffrance visible, mais qu'on ne parvient pas bien à comprendre.

Le contexte de vie n'est à mon sens trop peu investigué : la naissance, la situation de la famille en matière de taille, de relations, d'origine socio-économique, de relations en son sein, de stabilité tant affective que géographique, les contextes et parcours scolaires, les aspects trans-générationnels...

Quand on intervient auprès du sujet, il a déjà vécu beaucoup d'expériences et d'épreuves et, à ce moment-là, notre regard sur la situation est fonction des théories, des idéologies, des avancées scientifiques et de l'époque.

Il y a une dimension à la fois qualitative, éthique, structurelle et même politique dans ces situations.

Qu'on me comprenne bien : je ne nie pas l'existence de cas complexes, de pathologies multiples, de comorbidités, etc. Ils existent bel et bien. Mais il me semble qu'un certain nombre de cas qualifiés comme tels auraient pu ou pourraient être résolus avec une attitude plus ouverte à tous les aspects de la personne.

Les tentatives de définition du « groupe cible » des cas complexes le montrent très bien. On tourne en rond et énumère très souvent une suite de caractéristiques récurrentes. Par exemple : double ou multi diagnostique, comorbidités, autisme, tendances autistiques, spectre autistique, troubles (graves)

du comportement, absence de famille, famille peu présente, famille « toxique » ou étiquettes diverses comme cas « psychiatrique », personnalité « border line », etc. ou encore prédélinquance, délinquance, comportements à risque, ... Cela montre bien qu'il y a autre chose que la seule maladie qui parfois était antérieure, parfois a dû être causée par les éléments sociaux ou familiaux.

Ce sont des éléments cumulatifs chez les « cas complexes ». On y voit bien plus de carences sociales et familiales que de faits qui relèvent de la santé stricto sensu. Des comportements qui dérangent sont élevés à l'état galvaudé de diagnostic. Il me semble qu'on confond cause et conséquence ou diagnostic et symptômes.

Quand la maladie survient réellement (et c'est souvent le cas), elle est presque toujours la conséquence de tous les autres éléments sur un champ favorable au développement de la maladie. Il y a un champ favorable à la maladie qui se développe en raison des carences ou des expériences de vie... J'ai d'autres exemples bien réussis de jeunes à double diagnostics (et même plus) où on a trouvé des aménagements de vie assez vite parce que la famille est collaborante, lucide et active. Dans un cas c'est même la mère avec l'aide d'une psychiatre qui a construit le réseau avec beaucoup d'efforts car ce n'était pas gagné d'avance. Et bien sûr son fils est sous médicaments mais sa médication est régulièrement revue et adaptée. Elle l'a changé d'école jusqu'à en trouver une qui voulait bien entrer dans le réseau, etc.

Il ne s'agit pas de caricaturer les psychiatres qui seraient uniquement des distributeurs de médicaments. Ce n'est pas le cas.

Mais, dans ma pratique j'ai fait deux constats :

- Une partie non négligeable de psychiatres prescrivent beaucoup trop de médicaments (souvent sous la pression de l'entourage). C'est un fléau en Belgique où la consommation de psychotropes est énorme. Et la Ritaline fait des ravages dans les écoles où des enseignants vont jusqu'à menacer d'exclure l'enfant s'il n'est pas médicamenté.
  - Beaucoup de travailleurs sociaux négligent de travailler en collaboration avec des psychiatres et ne les appellent qu'au moment d'une crise qu'ils ne maîtrisent plus (et que, parfois, ils ont provoqué !).
- La situation que j'ai le plus rencontrée est une hospitalisation en urgence suite à une crise que les éducateurs n'avaient pas vu venir. Ils soumettent au médecin un patient qu'il ne connaît pas et attendent de lui qu'il le « calme ». Après le retour du malade en institution, les contacts se perdent. L'erreur est là : le manque de liens entre les différents intervenants et même, parfois, de l'hostilité ou du mépris entre eux.

Heureusement, on voit une nette amélioration depuis quelques années avec la grande réforme des soins psychiatriques entreprise en Belgique, sous l'appellation Réforme 107, principalement basée sur les réseaux et les circuits de soins, qui commence à montrer ses effets.<sup>14</sup>

Les situations qui trouvent une issue satisfaisante présentent au moins ces **deux conditions** :

D'une part, quand la **posture** adoptée est adéquate et, d'autre part, quand on parvient à un bon **travail en réseau**.

Il est nécessaire de considérer avant tout le sujet comme une PERSONNE avant d'y voir un malade. Avoir une vision globale de sa situation et des dynamiques en jeu autour d'elle. Chercher ses capacités au lieu de s'arrêter à ses manques.

---

<sup>14</sup> <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>

Pour travailler en réseau, il faut savoir se mettre en situation d'interdépendance. Et le réseau doit désigner en son sein un leader de commun accord. Il peut aussi prendre sa place « naturellement », c'est-à-dire avec l'accord tacite du groupe. Tous les réseaux où un des partenaires a pris le lead d'autorité ont généré des tensions internes. Il faut pouvoir travailler sur un plan d'égalité, notamment :

- Identifier les partenaires et se poser en ressource parmi eux
- Créer une relation bi et/ou multilatérale
- Être capable d'obtenir des informations d'interlocuteurs avec qui on peut parfois être en conflit
- (Re)connaître les ressources et compétences des autres partenaires et (re)connaître ses limites et difficultés

Enfin, il faut aussi sortir du cadre et savoir inventer des solutions pour chaque situation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Castel R. *La gestion des risques*. Paris, Editions de Minuit 1981
2. Castel R. *De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris, Editions de Minuit 2011
3. Chamak B., *L'autisme, surestimation des origines génétiques* in Médecine/Sciences, Paris, Vol 26 N° 6-7 juin juillet 2010
4. Duchêne J., Mercier M., Delville J., et coll. *Ethique et handicap mental*. Namur, Presses Universitaires de Namur, 1997 (coll. Psychologie)
5. Emmanuel Fr., *Le Vent dans la maison*. Paris, Stock 2004
6. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972
7. Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 1975
8. Galli Carminati G., *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte : approche thérapeutique à visée réhabilitative : le modèle genevois*. Genève, Médecine et hygiène, 2000
9. Gardou Ch. *Professionnels auprès des personnes handicapées*. Toulouse, Erès, 2010 (Coll. connaissance de la diversité)
10. Gateaux-Mennecier J., *La débilité légère, une construction idéologique*. Editions du CNRS, Paris, 1990
11. Goffman E., *Asiles*. Paris, Les éditions de Minuit, 1968
12. Korff-Sausse S. *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris, Calmann Levy, 1996
13. Morin E., *Le Paradigme perdu : la nature humaine*. Paris, Seuil, 1973
14. Scelles R. (SSla dir.), *Handicap, l'éthique dans les pratiques cliniques*. Toulouse, Erès, 2008
15. Tremblay Ph., *Evaluation de deux dispositifs scolaires : l'enseignement spécialisé de Type 8 et l'inclusion en enseignement ordinaire* Thèse de doctorat Université libre de Bruxelles 2010
16. Van Gennep A., Steman C., *Beperkte burgers : over vowaardig burgerschap voor mensen let verstandelijke beperkingen*. Nederlands Instituut Voor Zorg en Welzijn, 1997
17. Vanier A. *Autre chose d'utile que la cure* dans « *De quelques pratiques cliniques adossées à la psychanalyse* », Epistoles, hors-série N° 1. Louvain, Presses universitaires de Louvain, 2010
18. Zarifian E., *Une certaine idée de la folie*. Paris, Editions de l'Aube, 2001