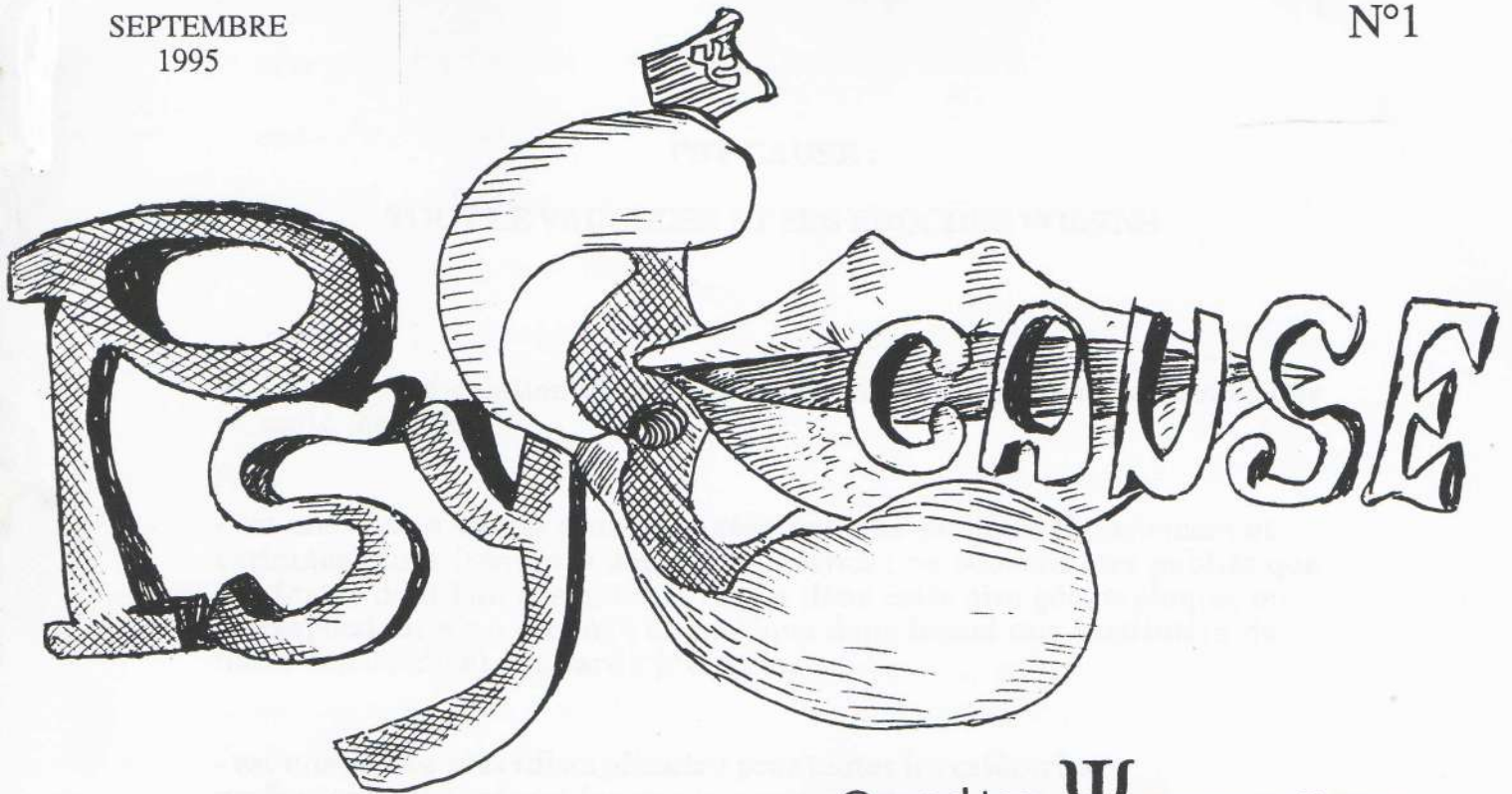




Quand les Ψ causent en Dauphiné

Sommaire :

- Histoire d'une prise en charge à l'Unité Mère-Bébé de Montfavet.
- Médecin Généraliste au CHS : à quoi cela sert-il donc ?
- L'ergothérapie de rendement : pourquoi pas ?
- L'intégration : une comédie ?
- Une pratique de secteur en maison de retraite.
- "Le Mistrau".
- Groupe thérapeutique à la journée : expérience menée dans le cadre d'un CMP.
- Pour une pratique correcte de l'interprétation en psychanalyse et à l'hôpital.
- Du champ de la psychiatrie : remembrement ou démembrement ?

Revue trimestrielle

Prix au numéro : 30 F.

Abonnement (4 numéros plus les numéros hors séries) : 100 F.

Adresse de la revue : Docteur Jean Paul BOSSUAT, Centre Hospitalier de Montfavet
84143 Cédex.

PSY-CAUSE :

TOUT LE VAUCLUSE ET SES PROCHES VOISINS

La création de cette revue destinée aux acteurs concernés par la santé mentale :

- est une **revue locale** dont l'aire géographique est notre département et certaines zones frontières dans sa mouvance ; ne peuvent être publiés que des textes dont l'un des auteurs exerce dans cette aire géographique, ou correspondant à un échange scientifique dans lequel une institution de notre département est partie prenante,
- est une **revue pluridisciplinaire** pour toutes les catégories professionnelles concernées par la santé mentale, et qui veulent témoigner de leur pratique,
- est une revue associative **ouverte à toutes les institutions** concernées (hôpitaux, cliniques, CAT, foyers, maisons de retraite, etc...) et à tous les modes d'exercice du public ou du privé,
- est un outil **scientifique et d'information**. Le comité de rédaction priorisera les articles concernant des témoignages de pratiques soignantes locales et pourra publier des reportages et des interviews,
- est une revue **trimestrielle** (4 parutions par an), avec la possibilité en plus, de dossiers hors série,
- elle fait sien cet avertissement de notre ami Léo Goudard : *"il faut bien se garder de vouloir transformer sa pensée en système, faute de quoi on perd sa liberté"*. (1)

(1) Léo Goudard, "La révolte de l'évidence", Editions de la Bruyère, 1995.

Conseil Scientifique

Michèle ANICET-VIOLES
 Henri BERNARD
 Carmen BLOND
 Joëlle LEVEZIEL
 Louis MERLIN
 Gérard MOSNIER
 Maurice PAILLOT
 Edmond REYNAUD
 Béatrice SEGALAS
 Mohand SOULALI
 Yves TYRODE

Un réseau de **correspondants**
 est en cours de constitution.

Directeur de la Publication

Jean-Paul BOSSUAT

Rédacteur en chef

Thierry LAVERGNE

Secrétaire de rédaction

Didier BOURGEOIS

Comité de rédaction

Huguette FERRE
 Jean Louis GAUTHIER
 Léo GOUDARD
 Joseph HAYEK
 Marc Aloïs LILLO
 Henri LOMBARD
 Jean Louis PAULETIG
 Christian TARDIEU
 Eric VIGNERON

**Dans ce Numéro 1,
liste des auteurs :**

Didier BOURGEOIS, Praticien Hospitalier, secteur 5.
 Guy Emile CAT, Infirmier détaché à l'ergothérapie, secteur 2.
 Henriette CESARANO, Psychologue, CHG de Martigue.
 Olivier FOSSARD, Médecin Généraliste Associé, secteur 6.
 Christian GERARD, Intervenant au CATTP de Pertuis.
 Joseph HAYEK, Assistant Spécialiste, Unités pour Malades Difficiles.
 Marie Josée PAHIN, Psychanalyste, Question Freudienne.
 Josiane PIACENTINO, Infirmière, secteur 6.
 Danielle RAOUX, Interne de spécialité, secteur 8.
 Marie VIGNAL, Directrice de la maison de retraite de Lauris :
 "Les Amandines".
 Joëlle VINCENT, Infirmière, secteur 6.

Edition : Association Psy-Cause en Vaucluse

Reprographie : Ergothérapie du Centre Hospitalier de Montfavet

HISTOIRE D'UNE PRISE EN CHARGE A L'UNITE MERE-BEBE DE MONTFAVET

Danielle RAOUX
interne de spécialité
Secteur 8 - CH Montfavet

J'ai effectué ma formation de pédopsychiatrie de Mai 1994 à Mai 1995 dans le cadre de l'unité Mère-Bébé de l'Hôpital de Montfavet. L'intérêt suscité par la spécificité du service et des thérapeuthiques qu'il utilise a été tel que je leur ai consacré ma thèse inaugurale. Cet article en est le reflet.

I.-PRESENTATION DE L'UNITE MERE-BEBE

Avant d'entreprendre la description de l'UMB de l'hôpital de Montfavet, il est indispensable de la situer dans une perspective historique.

L'intérêt grandissant de la pédopsychiatrie pour les premiers mois de la vie a entraîné une meilleure connaissance de l'installation du lien mère-enfant par le jeu des interactions précoces et a orienté vers lui le travail thérapeutique. Parallèlement l'implantation plus décentralisée des équipes psychiatriques les ont confrontées à des bébés en détresse, à des mères considérées comme folles et qu'il fallait hospitaliser. Il apparut dès lors impératif d'accueillir sans les séparer, dans un cadre institutionnel adapté, la mère et l'enfant. Les hospitalisations conjointes soit en pédiatrie, soit en service de psychiatrie adulte, ne fournissaient pas de solutions entièrement satisfaisantes. Dès 1955, en Angleterre, au Cassel Hospital sous l'influence de MAIN a été créée la première unité mère-bébé. En France, RACAMIER dès 1961 a préconisé le développement d'unités mère-enfant réservées aux troubles de la maternalité. Mais la première a vu le jour en 1979 à Créteil. Actuellement leur nombre reste encore très faible à peine supérieur à la dizaine. Dans la région on en recense deux, une à Marseille dans le service du Professeur SOULAYROL, l'autre à Avignon dans le service du Docteur REYNAUD.

L'unité de traitement de la relation et des interactions précoces du service du Docteur REYNAUD (intersecteur Nord de pédopsychiatrie du Vaucluse) existe depuis Septembre 1990. Elle est le fruit de deux ans de réflexion et d'élaboration avec différents partenaires sous l'impulsion d'abord du Docteur VIOLES puis du Docteur DUGNAT. Aujourd'hui le médecin responsable est le Docteur CAYOL. Cette unité permet depuis 1992 des hospitalisations, de jour et de nuit. Elle dispose actuellement de deux lits en hôpital temps plein, trois places d'hôpital de jour et six places en soins à domicile. Les enfants ne sont pris en charge que jusqu'à dix-huit mois. Ces caractéristiques limitatives empêchent l'utilisation du service comme moyen de traitement de situations sociales.

Cette unité, installée dans le pavillon Amandiers III du centre hospitalier de Montfavet dispose de locaux remis à neuf ; elle comprend deux chambres mère-bébé, une nurserie équipée de tout le matériel de puériculture, une cuisine et une buanderie avec un équipement électroménager complet. De plus une salle de séjour avec divan, télévision, coussins, parcs, jouets et une salle de "relaxation" (pour les mères désirant s'isoler) sont à disposition. Le bureau des infirmières et l'infirmier ne font pas disparaître l'impression de "nid douillet" que dégage l'unité.

Nous allons décrire le fonctionnement de cette unité et ses principaux objectifs.

A.-Les indications et les objectifs de l'UMB

L'expérience de la pédopsychiatrie nous apprend que l'élaboration d'une relation mère-enfant se fait dès l'annonce de la grossesse. Cette période et celle du post-partum est tout à fait favorable de par l'état psychologique de la mère (hypersensibilité, période charnière de la vie d'une femme) à la mise en place d'un travail psychothérapeutique.

I.-Les indications de l'unité sont :

- les difficultés psychologiques et psychiques de la mère pendant la grossesse et après la naissance : dépression, psychose puerpérale, dépression du post-partum ...
- les dysharmonies interactives précoces de la relation mère-enfant.
- les troubles psychiques de l'enfant et les pathologies psychosomatiques du nourrisson.
- les situations de maltraitance ne nécessitant pas une séparation immédiate. L'optique du travail étant d'intervenir le plus tôt possible dans les situations à risque et de mettre en place un projet de soins intensifs.

II.-les objectifs de l'équipe soignante sont :

- traiter les dysfonctionnements interactifs mère-bébé.
- prévenir les troubles de la formation de la personnalité qui pourraient apparaître ultérieurement chez le bébé du fait des désordres relationnels précoces.
- répondre à la nécessité d'une intervention la plus précoce possible dans le traitement des problèmes psychiques des enfants.
- prévenir le traumatisme d'une séparation secondaire au placement de l'enfant ou à une hospitalisation de la mère.
- dépister précocement des états maternels d'indifférence, de rejet ou de souffrance

B.-Fonctionnement de l'unité

La particularité de cette unité se situe dans le fait qu'une seule équipe réalise les différentes modalités d'intervention. Un interlocuteur unique favorise l'élaboration de la demande, le dialogue avec les partenaires et tout le travail de liaison indispensable. Un même lieu permet la continuité du travail de prise en charge pour chaque situation quelles qu'en soient les modalités. Nous pouvons aussi apprécier plus rapidement nos possibilités de réponse. Cependant nous pouvons repérer certains écueils, d'une part une difficulté d'organisation du travail de l'équipe et, d'autre part, une certaine confusion dans le bilan des différentes situations suivies. Pour pallier ces inconvénients, un temps de réunion important est nécessaire afin d'organiser le travail. Il est aussi nécessaire de désigner un référent par situation, qui sera plus particulièrement responsable du suivi de chaque cas, d'effectuer les synthèses aussi souvent que nécessaire et le travail de régulation d'équipe plus particulièrement indispensable dans cette organisation.

I.-L'équipe soignante se compose:

D'un médecin assistant, d'un psychiatre-consultant, d'un pédopsychiatre-consultant, d'un interne de spécialité, de deux psychologues à temps partiel, d'une surveillante et de dix infirmiers (de jour et de nuit), de deux agents de service hospitaliers, d'une assistante sociale. Une infirmière, une éducatrice et une psychomotricienne pour la relaxation prennent en charge les soins corporels. Un pédiatre est attaché au service

II.-Les différents modes de prise en charge :

Chaque demande de prise en charge est étudiée en réunion d'équipe après consultation et éventuellement rencontre de l'équipe qui adresse. Le cadre de soins se détermine après évaluation et propose:

1.- Selon le cas, l'équipe propose différents modes d'hospitalisation:

a.-L'hospitalisation à temps plein

Elle permet une prise en charge intensive des troubles relationnels graves, elle évite la séparation du bébé et de la mère. Le personnel soignant spécialisé entourant l'enfant peut parer aux risques et compenser la déficience maternelle momentanée tout en maintenant un lien minimum entre la mère et l'enfant.

Avant une éventuelle décision de séparation par les services responsables, l'unité permet une observation et une évaluation des capacités maternelles.

Après une séparation, elle peut préparer des remises en contact entre mère et bébé.

Ce temps d'hospitalisation laisse ainsi l'opportunité, soit de faire évoluer la situation, soit de trouver d'autres solutions.

Cette hospitalisation à temps complet doit être réduite au minimum pour permettre à la mère comme au bébé de garder un lien avec l'entourage.

b.-L'hospitalisation de jour

Elle est proposée quand une prise en charge discontinue est suffisante mais qu'une présence de la mère et de son nourrisson dans les locaux reste nécessaire pour différents soins spécifiques. Cette hospitalisation peut porter sur un à cinq jours par semaine (ni le Samedi, ni le Dimanche). Elle intervient parfois à l'issue de l'hospitalisation temps complet, parfois en première intention.

c.-L'hospitalisation à domicile

Ce mode de prise en charge s'adresse aux cas de troubles de la relation précoce dont le degré de gravité permet d'intervenir au sein du milieu familial, en étroite collaboration avec l'entourage conjugal, familial, social. Elle peut être aussi un temps de préparation nécessaire pour amener à l'hospitalisation, ou bien lui faire suite. Une infirmière se rend à domicile deux fois par semaine, observe, encourage et aide la mère à assumer ses fonctions maternelles. Parallèlement des entretiens thérapeutiques (et parfois des soins en massage et en piscine) ont lieu à l'hôpital une fois par semaine.

2.-la prise en charge ambulatoire :

Consiste en des consultations et des visites à domicile. C'est une prise en charge de "secteur", pouvant faire suite à une hospitalisation, ou répondre à des demandes diverses : de consultations mère-enfant, de conseils par rapport à des situations, ou d'interventions brèves (en maternité...). Les consultations ont lieu dans les locaux intrahospitaliers, dans le centre médico-psychologique le plus proche du domicile, ou même à domicile. Elles peuvent rester ponctuelles, donner lieu à une évaluation ou déboucher sur un traitement.

C.-Les soins proposés par l'unité :

La décision du choix de la ou des thérapies, le nombre des séances sont prises en réunion d'équipe. Les indications sont remises en question en fonction de l'évolution.

I.-L'accompagnement par les infirmières

Durant toute l'hospitalisation, l'observation de la relation se fait à partir des actes courants de la vie quotidienne : toilette, repas sommeil. Les dysfonctionnements sont repérés. L'équipe soignante prévient et contient les éventuels passages à l'acte en protégeant la mère et l'enfant. Elle sécurise et valorise la mère afin de l'aider à pouvoir s'occuper de son enfant. Elle porte une attention particulière à reconnaître la mère en chacune des femmes hospitalisées. Les infirmières observent aussi d'une façon fine le comportement du bébé. Ainsi tout est mis en oeuvre pour déceler le plus rapidement possible une souffrance de l'enfant.

II.-Des entretiens thérapeutiques mère-bébé

Ils sont proposés systématiquement avec une psychothérapeute et ont lieu deux fois par semaine à heure régulière dans un bureau en dehors de l'unité. Ils font partie du contrat de soins lors de l'hospitalisation pour la mère et l'enfant. Ils demeurent souvent nécessaires au delà de l'hospitalisation.

III.-Un suivi par une équipe de psychiatrie de l'adulte

Il est parfois nécessaire pour les mamans présentant des troubles psychiatriques avérés qu'une prise en charge psychiatrique soit mise en place, ou poursuivie selon le cas, par le service adulte dont elles dépendent. Parfois la mère a déjà un psychiatre traitant avec qui nous restons en collaboration. En effet, une fois notre prise en charge terminée, la mère pourra continuer à se faire suivre.

IV.-Les visites du pédiatre

Le pédiatre passe systématiquement une fois par semaine et se déplace à la demande de la maman. Il gère la pathologie somatique et sa visite permet d'aborder les questions de puériculture, importantes pour des mères fréquemment primipares.

V.-Les thérapies à médiation corporelle

Quatre types de thérapies à médiation corporelle se pratiquent dans l'unité : la relaxation, le massage, les packs et les soins en piscine. Travail sur le corps et avec le corps, elles l'utilisent comme médiateur d'une relation palliant les carences de la symbolisation et de la verbalisation. Le corps vécu détermine le corps représenté dans un contexte optimal. La détente face au stress, premier objectif de ces thérapies débouche sur "une réintégration narcissique, une valorisation de l'image du Moi, favorable à la consolidation ou la reconstruction de la personnalité". Ses soins à médiation corporelle font l'objet d'une supervision.

II : ILLUSTRATION CLINIQUE

Le fonctionnement de l'unité et la mise en oeuvre de ses thérapeutiques apparaît plus clairement dans l'exposé d'un cas clinique suivi personnellement .

Madame M. est admise avec son fils Joris (6 semaines) le 26.04.94 . Elle présente depuis la naissance de son enfant des troubles du comportement liés à une psychose puerpérale qui l'empêchent d'établir une relation mère-enfant normale. Et ce à un point tel qu'un placement en pouponnière par décision judiciaire a du être pris.

A.-Antécédents

On relève dans les antécédents des faits importants mais fragmentaires en raison de la réticence du couple.

La mère, primigeste primipare âgée de 39 ans. Son enfance qui aurait été normale; son adolescence s'est déroulée en ville, agitée (elle a été victime d'un viol collectif)

Adulte, elle dit avoir été toujours "déprimée". En fait, depuis l'âge de vingt ans, elle a effectué au moins deux séjours en hôpital psychiatrique pour état psychotique avec délire, dissociation, apragmatisme, réticence. Une schizophrénie a été évoquée. Elle a été traitée par des neuroleptiques d'action prolongée. Elle a arrêté son traitement en 1990 sous l'influence du mari.

La grossesse a été subnormale : insomnie, nervosisme traités par Euphytose.

Accouchement eutocique, long, vécu comme "terrible".

Nouveau-né de 3.150 Kg. qui a fait un ictère banal, nourri au sein, qui fait qu'il n'a pas été séparé de sa mère.

Le mari a quarante-cinq ans, c'est un employé de banque modèle. Vieux garçon solitaire, "la rencontre de sa femme a changé sa vie".

En entretien avec moi, sont apparus des traits de personnalité névrotique. Il supporte mal la naissance de son fils : il voulait une fille et a eu une réaction agressive lorsque l'échographie a montré un garçon . Puis il a désinvesti la grossesse et adopté une attitude de rejet à l'égard de sa femme (chambre à part), ce comportement a certainement contribué à la faire décompenser. Il se sent menacé par la venue de ce garçon et craint son éviction .

Le couple paraît donc psychiquement fragile, mari et femme parvenant à se soutenir l'un l'autre avant la grossesse. L'arrivée de l'enfant ne paraît pas préparée : une visite à domicile a fait voir que la chambre d'enfant était une pièce avec une tapisserie ancienne, non adaptée à sa destination et dont le mobilier se limitait à un lit d'enfant placé au centre.

B.- Les événements précédant l'hospitalisation

1.- D'entrée de jeu, le 14.03, l'équipe de la **maternité** demande l'avis de l'UMB pour troubles du comportement maternel l'empêchant de s'occuper de l'enfant. Un entretien a lieu en présence du mari. La mère est sur la défensive, adopte une attitude de retrait et même de réticence : assise dans son lit, elle maintient les draps relevés devant elle comme un rempart, minimise tout, ne s'adressant d'ailleurs qu'à son mari, ne finissant pas ses phrases. Celui-ci exprime une inquiétude sur la nature des soins à l'enfant sans jamais mettre en cause sa femme. Tous deux refusent l'aide de l'UMB.

2.- La sortie a lieu le 16.03, la PMI est alertée .Le suivi pédiatrique en ville aboutit à une hospitalisation en néo-natalogie

3.- **En néo-natalogie**, on est en présence d'un nouveau-né ictérique, hypotonique, dénutri dont le poids est tombé à 2.930 Kg (J 19). Sur le plan somatique, après perfusion, tout rentre dans l'ordre très vite mais le service décèle des problèmes maternels, essaye une hospitalisation conjointe sans succès. L'UMB contactée est de nouveau refusée. Un signalement est fait qui entraîne une convocation chez **le juge des enfants**.

4.-Le 26.04, **une hospitalisation de jour en UMB est acceptée**. Il faut noter cette aggravation progressive qui a fini par mettre en danger l'enfant, qui en était le révélateur. Il faut souligner également le rôle important du juge d'enfant qui a favorisé par ses décisions l'acceptation de l'hospitalisation.

C.-Etat à l'entrée

A son arrivée, Madame M. est agitée, Elle se positionne fortement comme la mère, mais reste **indifférente au bébé**, elle évite les regards, se montre méfiante envers l'équipe, refuse le contact avec les autres mères. Le déroulement des soins maternels est extrêmement perturbé. Le holding n'est pas vraiment chaotique mais les positions de maintien sont inadaptées. Le handling est hésitant, maladroit à l'extrême: elle se reprend plusieurs fois pour coucher l'enfant, le mettre dans le bain, le changer. Elle ne le regarde pas, ne le stimule pas vraiment ; ses gestes paraissent mécaniques, faits sans en avoir conscience alors qu'elle les décrit à voix basse pour elle-même et non pour l'enfant : " tu tournes trop, tu descends, tu le couches, tu y es arrivée". Malgré le fort degré de réticence, angoisse et inhibition font qu'elle a besoin d'une présence, parfois même d'un substitut. Elle n'accorde pas d'attention, son faciès est peu expressif. Au moment des biberons, la position est inadaptée, l'enfant tête très vite, s'étouffe, régurgite, d'où panique. Le biberon est retiré trop souvent et mal à propos. Elle décrète très vite que c'est fini, alors que la ration prise est minime. Quant à la préparation, on y retrouve l'apragmatisme et l'ambivalence avec cinq à six tentatives infructueuses parce qu'elle perd le compte des mesures. Elle finit par renoncer car le bébé résigné ne pleure plus. Au moment de la toilette, elle a des difficultés avec le savon, le gant, l'eau. Par contre, elle se fixe sur les excréments et ne cesse de nettoyer la région périnéale et les organes génitaux. Au moment des sorties, elle couvre l'enfant exagérément, ne cesse de le toucher à travers les couvertures et écourte la promenade parce qu'elle se " fait du souci". Malgré toutes ces imperfections, elle a de la difficulté à laisser le bébé à une autre personne : elle le "prête" et demande quand elle le reprend : " vous me rendez bien tous les morceaux ?"

Au total, réticence ambivalence, apragmatisme et décharges motrices stériles évoquent une **dissociation profonde** (psychose puerpérale chez une femme psychotique). L'existence d'un délire à bas bruit n'a pu être établie. La maternalité paraît inhibée, aucune compétence d'interaction n'est manifeste, l'absence de préoccupation maternelle primaire est totale.

Les conséquences sur le bébé sont évidentes : hypotonique, il fait penser à une **poupée de chiffon**, ses yeux grand ouverts n'accrochent pas le regard de sa mère et il n'y a pas d'agrippement à celui de l'étranger. Ses pleurs sont discrets, il présente une hypersomnie. Le babil est inexistant, le visage figé et on note d'une part, des crises d'agitation panique lors des bains ou des changes, et d'autre part une succion trop rapide quand le biberon est donné par la mère. Il n'y a pas d'ajustement dans les bras, la tête est rejetée en arrière, les yeux déviés sur le côté comme pour mieux éviter le regard (double évitement du regard). Son visage n'exprime que la tristesse. L'interaction est au plus bas niveau, le dialogue tonique, l'accordage ne se font pas, l'interaction visuelle ne se fait pas, il n'y a aucun échange vocal, pas de mimiques. Au total, difficultés alimentaires graves, hypotonie, troubles graves de la relation mère-bébé.

D.-Déroulement de la prise en charge et évolution

Devant ce tableau, le projet thérapeutique est mis en place. L'hospitalisation à temps complet mère-bébé étant toujours refusée par le couple, le juge impose une hospitalisation de jour de Mme M. avec Joris, Joris étant à la pouponnière le soir et les week-ends. Pour **favoriser l'adhésion du père** au projet, l'équipe de l'unité lui demande une présence d'une demi journée par semaine sur l'unité. On envisagera selon l'évolution, un retour à la maison très progressif en commençant par une journée avec une infirmière, puis une deuxième sans infirmière, puis une nuit, puis deux.... avec comme objectif la sortie de la pouponnière et une socialisation de l'enfant en halte-garderie.

Le traitement médicamenteux et le suivi psychiatrique seront assurés par le psychiatre traitant.

Psychothérapie et soins à médiation corporelle seront mis en place une fois estompée la réticence.

L'évolution :

- 5 Mai : le comportement de Madame M s'améliore et l'on peut mettre en route une psychothérapie mère seule. Elle est plus à l'aise vis à vis de Joris. Les gestes sont plus adaptés, **elle l'appelle "mon bébé", n'utilise jamais son prénom**. Elle ne peut supporter son regard et le biberon est toujours donné en devers. Joris fait des appels, babille, ébauche des sourires.

- 21 Mai, la mère est plus détendue, présente, moins dissociée, a envie de bien faire, pose des questions. Elle donne mieux le bain, fait finir les biberons qui sont bien bus. Joris organise sa sensorialité, repère les changements, accroche le regard avec l'étranger qu'il suit. Il entre en communication de face, la refuse au bras, et **des échanges surviennent** ; mais Mme M. n'arrive pas à soutenir son regard, le désaccordage visuel et tonique persiste. Enfin, la communication vocale ne s'est toujours pas établie.

- 27 Mai: l'amélioration persiste mais Mme M. n'a pas de réponse constamment adaptée. Le bébé structure une communication avec les adultes et les objets hors situation de nourrissage, il n'y a toujours pas de communication aux bras, lors des tétées. Le portage est correct, la contenance bonne, mais la tête du bébé reste toujours en devers. Il faut noter que **quand il pleure, il n'est pas pris**. Au cours d'un entretien Mme M. dit que le week-end l'absence de Joris lui pèse, elle trouve le temps long et pense beaucoup à lui, mais elle déclare parfois que tout est flou dans sa tête et qu'elle ne comprend pas bien.

- A la mi-Juin, deux demi journées à la maison sont mises en place. Mme M va chercher son fils à la pouponnière et le ramène. Elle commence à parler de son enfance, de sa maladie, pose des questions sur son comportement d'alors dont elle ne garde aucun souvenir. **Mme M. a pris conscience aux cours des soins en piscine** des difficultés d'accrochage et surtout du double évitement du regard de son fils, elle s'en inquiète au point de corriger à deux mains la position de la tête du bébé. Accompagnée par l'infirmière qui l'encourage à verbaliser, elle arrivera, ce qu'elle n'avait jamais fait dans l'unité, à tenir Joris en position verticale de face à face. Elle multiplie les situations de jeux et **progressivement Joris lui sourit, la regarde tandis qu'elle lui parle**. Au début, les moments d'accordage sont brefs, ils se regardent en pointillé, mais les temps d'interaction sont de plus en plus longs et gratifiants. Elle est émue et impatiente à l'idée du retour de Joris à la maison, elle veut que tout se passe le mieux possible, elle se demande s'il a souvenir de sa maison. Chez eux, Joris est attentif, Mr. M. se montre comme à l'hôpital, gauche et maladroit, désorganisateur. Par contre, Mme M. est contenante, encourage son mari et rassure l'enfant. Une dispute à propos de celui-ci survient mettant en évidence l'ambivalence persistante de Mr. M.

-Début Juillet, la mère est plus adaptée, apprend et fonctionne bien mais ne peut pas être seule continuellement avec son bébé.

-Fin Juillet, on observe une nette amélioration dans la relation mère-enfant, Mme M. est très à l'aise sur l'unité mais elle a encore des difficultés à anticiper les besoins de son fils qui grandit. Mr M. exprime son inquiétude à propos du retour complet de Joris à la maison, **il manifeste encore son appréhension à être père** et surtout père d'un garçon. Néanmoins, il envisage d'aller montrer l'enfant à la famille. Avec sa femme, il écrit au juge pour obtenir une ordonnance de main levée qui survient début Septembre.

Mme M. est en pleine forme, elle a grossi, se sent bien dans l'unité où elle plaisante avec les autres mères et leur donne des conseils. La diversification alimentaire a été correctement effectuée. **Joris est devenu un beau bébé communiquant** bien avec sa mère, aimant la relation avec les autres (enfants, adultes).

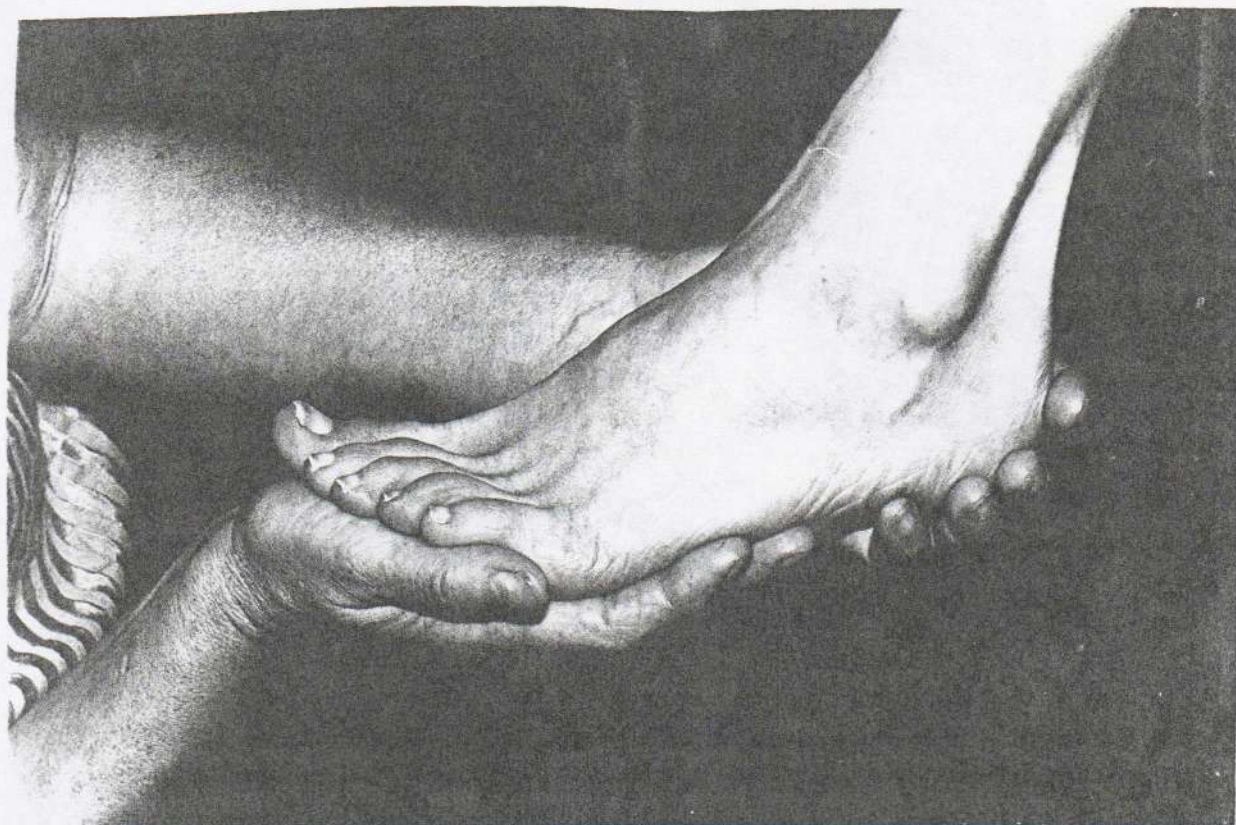
L'OPP a été remplacée par une mesure d'AEMO, le projet de l'UMB est de maintenir la prise en charge mais en l'allégeant : une demi journée par semaine sur l'unité, une visite à domicile par semaine, continuation de la psychothérapie.

Cette observation peut servir de modèle à la description d'une interaction pathologique entre une mère psychotique et son nourrisson en détresse. Nous y retrouvons une désorganisation des soins maternels qui empêche le bébé d'anticiper face à ce chaos, car les variations sont régies par les besoins de la mère et non par ceux de l'enfant. En effet cette mère a une extrême difficulté voire une impossibilité à voir l'enfant réel. Dans ces conditions péjoratives, se produit l'inversion de la relation où l'enfant réagit comme pour ménager sa mère et par là même ne pas se mettre en danger. En définitive la relation devient inaménageable, intolérable: "Tout se passe comme si la réalité de l'enfant entraînait la mère (qui ne se distingue pas de lui) à sentir comme à nu l'angoisse inimaginable (WINNICOTT) du nourrisson, et suscitait en elle une angoisse analogue que chacun renvoie à l'autre en miroir"(DAVID). Tout se passe comme si nous étions au point de rencontre des angoisses psychotiques de la mère et des angoisses archaïques du nourrisson. (JARDIN, LEGER). Elle met aussi en exergue la convergence des différents intervenants médico-sociaux et elle démontre surtout **les capacités d'une unité mère-bébé à gérer la crise et à éviter la séparation complète en respectant la sécurité de l'enfant** et RACAMIER a insisté sur l'importance de la présentation de l'enfant à la mère, qui est une thérapeutique pour celle-ci. La présence d'une équipe spécialisée autorise un accompagnement dans un cadre sécurisant. Pour assurer un **étayage maternel** correct, il ne doit jamais être substitutif, mais **supplétif** quand elle est indisponible. Il ne doit jamais faire que la mère se sente menacée de ne plus être mère. Il doit être bienveillant, verbal, servir de médiateur entre mère et enfant, le soignant prenant en charge les aspects agressifs de la relation. L'accompagnement doit aussi, vis à vis de l'enfant créer un contenant psychique, pallier par sa permanence la discontinuité maternelle.

En conclusion : la multiplication de telles unités est souhaitable pour participer au développement de la périnatalité. Un double objectif doit être assigné à celle-ci: empêcher la pérennisation de la pathologie de l'interaction précoce, la distorsion du développement ultérieur de l'enfant, et les traiter à leurs stades initiaux. La périnatalité s'inscrira dans une perspective de prévention, en faisant faire l'économie d'une pathologie potentiellement lourde.

Pages 13 et 14 : **Reportage photographique à l'unité mère bébé**
(photographies fournies par l'unité de soins)





MEDECIN GENERALISTE AU CHS : A QUOI CELA SERT-IL DONC ?

Olivier FOSSARD
Médecin Généraliste Attaché
Secteur 6 - C.H. Montfavet

Il est une certitude : c'est qu'il sert à faire des diagnostics. A son étalage, il n'est pas rare de trouver : angine, allergies, rhumatismes.... HTA, insuffisance cardiaque.... diabète, Hypercholestérolémie... Asthme, insuffisance respiratoire... Broncho-pneumopathies... Ulcère (beaucoup, y compris perforation), diarrhées, constipation, souvent sévère.... déshydratation des vieillards .. appendicite, occlusion... chorée (recrutement important pour une pathologie rare), Parkinson, hémiplégie, insuffisant moteur....insuffisance rénale.... sciatiques, lombalgies...dysménorrhées, métrorragies, pilules, grossesse, nouveau né Basedow, Cushing... fractures plâtres et immobilisations diverses, points de suture... examens gynecos...
Cela c'est pour le prêt à porter, qui s'adresse à une clientèle pressée ; pour le "sur mesure" il faut des délais plus conséquents.

Le généraliste (dans généraliste, il y a général, mais je ne sais pas si il s'agit du grade, ou bien du "touche à tout en superficie et jamais en profondeur") est amené à occuper ses journées de manières diverses, l'hôpital psychiatrique lui offrant des opportunités que l'on retrouve rarement sous d'autres lieux:

- Que ce soit dans le "**recrutement**" d'un grand nombre de pathologies liées à l'alcool ou à la drogue : Cirrhoses, hépatites infectieuses ou parfois iatrogènes, insuffisance hépatique, mais aussi HIV, qui l'obligent à retourner fréquemment en formation écouter les avancées théoriques de la médecine, et en fait surveiller l'apparition d'une "vraie" thérapeutique.
- Ou bien lors de consultation en "**pédiatrie**" ; c'est à dire "les pavillons de psychoses infantiles vieilles", qui présentent des pathologies de type pédiatrique en relation avec le degré d'hygiène personnelle des patients (qui est fonction de l'âge mental) : diarrhées, rhino-pharyngites, infections, qui se présentent en mini épidémie. Ces "enfants" présentent en outre les pathologies dues à l'âge de leurs artères et de leurs os : Arthrose, déformation corporelle, mais aussi cancer (il n' y a pas - ou il n' y a plus - de "protection contre le cancer" par la psychose comme le bruit en a courru).
- Ou bien l'observation de "**curiosités thérapeutiques**" : par exemple le "traitement chirurgical de la constipation récidivante" (avec syndrome occlusif) par dérivations coliques à la peau (poche) ; ou le traitement d'un patient depuis vingt ans pour épilepsie (sans EEG) et diabète (disparu) et insuffisance cardiaque (guérie depuis longtemps)...

C'est au fond des placards, des pavillons, que l'on trouve ces patients souvent silencieux (de moins en moins il faut le dire ; l'augmentation de la médicalisation porte ici ses fruits).

- Ou encore dans la lutte contre les **fléaux de l'hospitalisme** : le tabagisme principalement, le "gang des doigts jaunes", véritable "code social" des anciens de Montfavet qui permet l'échange, la reconnaissance ... micro société...
- La "**clientèle des maisons de retraite**", qui oblige souvent à faire le bilan complet des polypathologies présentées par ces patients âgés... à cet âge là il faut du "sur mesure".

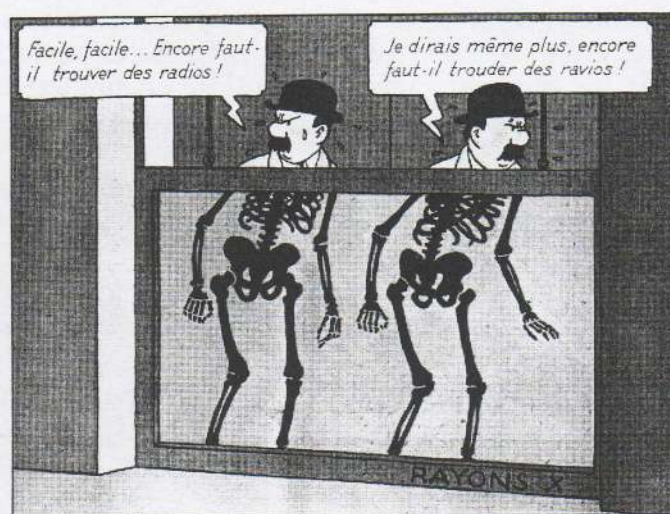
Mais je crois surtout que l'opportunité d'exercice offerte par le CHS se situe surtout dans **la relation à trois** : la consultation de médecine générale privilégie le contact direct avec le patient et son information. L'exercice en hôpital psychiatrique aboutit souvent à une consultation à trois, comme avec un bébé ou un grand vieillard (l'accompagnant étant alors un parent). L'accompagnant infirmier du patient à la consultation aide souvent à établir le contact, ou à le compléter ; les diagnostics, les résultats, les conseils sont remis et expliqués directement aux patients...(ce qui exclue l'interprétation des résultats par téléphone, ou la prescription d'examen - et pas seulement le HIV- ou de traitement en dehors de la présence et de l'accord du patient...).

La manière d'exercer son métier est, elle aussi, pleine de diversités ; voyez plutôt :

- Le suivi des hospitalisés chroniques, où le généraliste se positionne en **mémoire de la pathologie** du patient sur les années ; il devient le "médecin de famille" de ces (ses) patients, il les connaît et eux le connaissent ; les rounds d'observation sont épuisés, on se comprend, on ne perd plus de temps...
- L'éducation des patients en cours de socialisation ; vaste programme que la **réinsertion après hospitalisme**... Certains patients, "malades par ailleurs" doivent (ré)apprendre progressivement à "utiliser" seul un médecin généraliste et le système médical, en préparation de leur sortie, qui les amènera à consulter un confrère en ville.
- La réponse aux demandes de bilans ou de traitements ponctuels, à effectuer très rapidement (" vite ! il sort bientôt !... Ha désolé il est sorti !...") émanant le plus souvent des pavillons d'entrée, pour lesquels il faut fournir une orientation diagnostique ou thérapeutique dans des **délais très courts** ; attention faire concis, sans se tromper... donner des orientations, rendre le tout au patient, l'écrire au médecin psychiatre...ou faire suivre au généraliste...
- Le travail auprès des vieillards : il est souvent nécessaire de faire le point complet des pathologies présentées, de les **hiérarchiser** afin de choisir celles qui seront traitées, sans hésiter à arrêter un traitement chez ces patients polymédiqués (ils ont vu plein de spécialistes pour beaucoup de maladies, et chacun a prescrit un ou deux produits...plus le traitement psy...et à partir de trois produit nous avons la certitude d'être iatrogène... qu'est ce que je garde ?).

Les renseignements médicaux peuvent avoir été perdus pour un patient en transit entre des maisons de retraite diverses ; la famille peut être absente...le fil est cassé... tout est à refaire, à simplifier, à transmettre.

- Plus difficile encore est de faire opérer ou explorer un patient agité ou agressif, ou simplement "psychiatrique": quelques services hospitaliers ont beaucoup de mal à effectuer leur travail auprès des patients présentant une pathologie psychiatrique, et il n'est pas rare qu'ils reviennent au bout d'une semaine d'hospitalisation avec une simple prise de sang, ou un diagnostic de présomption, parfois erroné. Le travail du MG est d'obtenir que diagnostics et soins soient effectués chez ces patients qui peuvent "impressionner".



Un gros travail de secrétariat et de téléphonie est nécessaire ; il faut parfois aller jusqu'à accompagner soi même le patient, ou changer de correspondant (à quand l'ouverture plus large sur le privé ?). Le développement de quelques lits médicaux au CHS paraît incontournable si on veut faire profiter nos patients des techniques opératoires et exploratoires appliquées au reste de la population. Un véritable travail d'intégration reste à effectuer dans les services hospitaliers généraux.

- La **participation à un projet thérapeutique psychiatrique** est plus rare, et passionnante : le médecin généraliste est alors intégré comme acteur à une prise en charge plus générale ; la prise de conscience de sa propre pathologie, ou de la nécessité de se soigner, étant, pour un patient en psychiatrie, un pas important, qui peut parfois s'amorcer via un abord corporel médical.
- La rédaction de **certificats** n'a rien de passionnant : un des certificats d'HDT est parfois rempli par le généraliste. Le premier avis sur un accident du travail, certificat pour la direction et premiers gestes font partie de nos missions... alors on le fait...
- Plus rares encore sont les problèmes portant sur l'**hygiène générale des pavillons** : hydratation, température, boissons, équipements des lits, tabagisme, peuvent faire l'objet d'un conseil médical s'adressant au pavillon dans son ensemble.

- La formation continue des soignants fait partie d'un travail passionnant de transmission d'expérience (ce "truc" qui vient avec l'âge et la diversité d'exercice...).
- La participation (mensuelle ou trimestrielle) aux **réunions** de service, permet le dialogue direct entre médecins, dialogue indispensable à une coordination respectant les prises de responsabilité de chacun. (En clair, on s'engueule un bon coup, chacun défend ses positions, et on coordonne le tout sans cassage de gueule... le problème peut même parfois être posé ! et résolu...).

Qui peut bien avoir recours aux généraliste ? Hé Oui ! en plus, on nous demande de travailler ; cette demande est notre véritable richesse :

- Celle des patients eux même, ou via les infirmiers ou le médecin du pavillon parfois les trois, et là, c'est du solide, on peut travailler ; si c'est le patient seul, c'est plus difficile, et le lien, sauf si il est ancien, se casse fréquemment.
- Celle des infirmiers ou du médecin ,sans demande du patient: cas fréquent des H.O. ou des H.D.T. qui s 'estiment hospitalisés à tort et ont toujours un air tres surpris...
L'abord organiciste permet parfois le dialogue et la participation.
- Parfois celle du chef de service (si ! si !) ou celle du médecin responsable d'un pavillon (si ! si !), pour une étude (pathologie liée à la chaleur p. ex.), un problème d'hygiène de pavillon... demande précieuse... qui reconnaît le champ d'activité et permet d'exercer totalement sa responsabilité médicale... merci à eux.

Comme tout travailleur le généraliste dispose d'outils :

- pour le **matériel** : stéthoscope et tensiomètre ne suffisent plus depuis longtemps : un local de consultation comportant tout l'appareillage nécessaire (table d'examen, pansements, plâtre, scie à plâtre, otoscope, trousse et oxygène d'urgence, nécessaire infirmier, plateaux steriles, téléphone, fichier... mais peut être un jour ordinateur, réseau et imprimante, ECG). Ce type de local, souvent appelé infirmerie existe dans les écoles, les prisons, mais aussi parfois dans les hopitaux psychiatriques (peut être un jour lointain dans les hopitaux généraux ?).
- **La fiche de liaison** : c'est l'outil de base qui permet qu'une demande soit réfléchie, murie, argumentée ; qu'un véritable travail préparatoire de la consultation ait lieu à ce moment (interrogatoire du patient pour remplir la fiche, collection des examens déjà effectués, écriture des symptômes dominants, préparation du rendez vous ...). Cette fiche permet de sortir de l'effroyable "passez au pavillon SVP " avec vision accélérée de tous les bobos locaux, chez des gens à peine sortis du lit, avec des accompagnants occupés à préparer le plateau de médicament, et pas vraiment disponibles...l'horreur d'autrefois !

- **Le secrétariat** du secteur dont dépend le patient pour les lettres au confrères spécialistes (bilans) ou généralistes (sorties), l'ordinateur permettant des bases de lettres très argumentées (c'est long pour la première, après ça va tout seul).

Enfin, le secret du travail du généraliste, je vais le révéler ici !...
c'est la relation établie avec les soignants depuis des années,
c'est l'attachement aux patients ,
c'est l'impression d'être utile, auprès d'une population
marginalisée, souvent très peu soignée...



Les chalets de la Salpêtrière pour les folles agitées.

L'ERGOTHERAPIE DE RENDEMENT : POURQUOI PAS ?

Guy Emile CAT
Infirmier détaché à l'ergothérapie
Secteur 2. C.H. Montfavet

Cet atelier du secteur 2 fonctionne avec un ratio en personnel de 2,5 agents depuis le 1^{er} janvier 1995. Il est intersectoriel. Il accueille des patients qui vivent en appartements associatifs et d'autres qui vivent dans leur famille, il en accueille également qui viennent de l'hôpital, du 2^{ème} secteur et d'autres services.

L'indication pour venir à l'ergothérapie ne se fait que sur prescription médicale. Contact est pris entre : le médecin, le personnel de l'U.F. et l'équipe infirmière détachée à l'ergothérapie. Nous mettons en place un protocole de soins.

L'accueil du patient est établi :

La prise en charge ne se fait qu'après une période d'essai déterminée, suivie d'un bilan d'activité présenté dans une réunion avec l'équipe de l'U.F..

Le patient a toujours un projet, à court, moyen ou long terme. Pour certains patients, un contrat peut être établi avec l'accord du médecin. Le patient s'exprime à la première personne : "je m'engage à...". Il écrit lui même le contrat qui est signé par l'infirmier référent de l'U.F., le personnel de l'ergothérapie et bien sur par lui même, ceci dans le but de la continuité des soins.

Les buts de la prise en charge en atelier d'ergothérapie peuvent être :

- une préparation dans le cadre d'une resocialisation en vue d'une activité dans un C.A.T.,
- une réadaptation au travail dans des lieux, des moments et avec des personnes différentes,
- redonner une autonomie au patient par un travail adapté en fonction de ses handicaps.

Notre capacité d'accueil est de 15 patients sur une plage horaire de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures. La prise en charge est variable, elle peut être : le matin, l'après midi, déterminée sur un nombre de jours, en identifiant les besoins du patient et en tenant compte du planning.

**Dans la première partie de l'atelier d'ergothérapie
c'est à dire l'atelier d'imprimerie, s'effectuent divers travaux :**

- impression de cartes de visite, cartes professionnelles, feuilles à entêtes, faire part de naissance et mariage, enveloppes,
- duplicata, triplicata d'ordonnances, cahiers de pharmacie,
- reliure de thèses et de mémoires,
- impression sur sacs en toile ou en jute sur une machine à platine qui fonctionne très lentement et de ce fait le travail est exécuté par deux patients,
- confection par les patients de différents types de carnets (à souches, agrafés, collés...),
- vérification des travaux d'impression,
- encartage...

La plupart de ces travaux se font pour des tiers extérieurs : mairies, médecins, cliniques, ainsi que pour le personnel du Centre Hospitalier de Montfavet et du Centre Hospitalier de la Durance.

**Dans l'autre partie de l'atelier d'ergothérapie,
les patients participent à d'autres travaux :**

- remplissage et pesage de sachets de lavande, thym, etc...,
- tri, nettoyage et conditionnement de sachets de graines,
- assemblage de bouchons pour bombes aérosol,
- mise sous vide d'articles divers,
- conditionnement et blistage d'articles de quincaillerie et plomberie,
- photocopie pour le personnel et pour l'extérieur (tirage de journaux).

L'ergothérapie est un lieu de gestion :

- rémunération des patients,
 - gestion et entretien des véhicules du Comité Hospitalier du secteur
2. La composition du parc automobile est la suivante : 1 C15 affecté à l'ergothérapie, 1 mini-bus affecté à l'ergothérapie pour permettre aux patients de participer aux sorties et séjours thérapeutiques, 1 minibus affecté à l'Hôpital De Jour d'Orange, un minibus affecté aux Cèdres I, 1 AX,
- gestion des attributions au niveau des U.F.,
 - gestion du livre comptable (recettes, dépenses),
 - gestion de la comptabilité de l'Hôpital De Jour d'Orange,
 - gestion de l'attribution du minicar,
 - gestion de l'avance sur rémunération aux patients,
 - gestion de prêts aux patients à un taux de 0 %.

Les bénéfices réalisés sont redistribués aux patients sous forme de :

- attribution aux différentes U.F. du service (ses attributions sont décidées par le Collectif de Gestion),
- rémunération des patients qui viennent à l'ergothérapie. Le calcul de cette rémunération est calculé par demie journée de présence, mais aussi en fonction des possibilités du patient à réaliser un travail. A titre indicatif en 1994, il a été versé par le Comité Hospitalier du 2^{ème} secteur au titre du pécule : 63 485 Francs,
- achat de meubles pour les appartements associatifs.

Le personnel de l'ergothérapie participe aux réunions des U.F., du Centre Médico Psychologique dont dépend le patient, afin de permettre des échanges concernant la prise en charge globale du malade.

En conclusion, l'ergothérapie dite "de rendement", est un lieu de soins qui peut permettre au patient de "*franchir le pas*" vers une vie à l'extérieur de l'hôpital.



L'INTEGRATION : UNE COMEDIE ?

Christian GERARD
Intervenant
CATTP de Pertuis

Durant toute la saison 94/95, la Compagnie des Couleurs a travaillé en collaboration étroite avec le Centre Médico-Psychologique, CMP, de Pertuis.

Cet atelier de travail mis en place à la demande du CMP, a pour but de favoriser l'intégration des patients dans la cité, par la pratique du théâtre. La fréquence des ateliers pour cette saison a été de deux séances de deux heures, par mois.

Ces ateliers sont dirigés par un comédien, avec la participation d'une infirmière. Les participants sont sélectionnés par l'équipe médicale, de manière à avoir un groupe homogène.

Pourquoi mener un tel atelier avec des personnes en difficultés ? Quel en est l'intérêt ? Que peut-on en espérer ?

Pour répondre à ces questions, je pense qu'il est d'abord nécessaire de s'interroger sur ce qu'est le travail du comédien, et comment celui-ci arrive à vivre des situations émotionnelles qui lui sont étrangères. Sur scène ce ne sont pas les émotions de l'acteur, mais bien celles du personnage mises en jeu. Mais pour que le personnage puisse vivre et s'exprimer il lui faut un support matériel qui est le corps du comédien ; son corps mais non son esprit.

Le comédien n'est en fait qu'un conducteur, un élément par lequel va circuler les émotions du personnage. Un peu comme un fil électrique entre une source énergétique, le courant électrique, et un appareil qui est relié à l'autre extrémité.

Le comédien n'est que la matérialisation de deux énergies intangibles. Une énergie pure à l'état brut, qui est en lui (électrique), et une autre énergie canalisée, calibrée pourrait-on dire, qui est le personnage (l'appareil). Pour que celui-ci puisse prendre vie dans le corps du comédien, pour que la possession puisse se faire au mieux, l'acteur doit éliminer tout ce qui pourrait gêner ou empêcher cette transmission et cette transformation d'énergie. Pour cela, il doit faire un travail sur lui-même énorme, tant d'un point de vue psychologique, que technique.

Laissons de côté l'aspect technique, et regardons d'un peu plus près les ressorts psychologiques sur lesquels doit agir l'acteur pour exercer son métier au mieux.

Pour interpréter un personnage, il est plus important de travailler sur ce qui empêche celui-ci de s'épanouir, c'est-à-dire d'éliminer tous les blocages, tabous et autres qui "paralyseraient" l'acteur et son énergie, plutôt que d'accumuler des techniques, voire des "ficelles", qui finissent par l'embarrasser. Non pas une accumulation de moyens, mais au contraire une libération du potentiel du comédien.

Nous avons en nous une énergie phénoménale, à nous d'en prendre conscience, de la libérer et de la canaliser vers un objectif précis.

Pour y parvenir, l'acteur a à sa disposition un éventail d'exercices très large. A lui d'y puiser à bon escient pour parvenir à ses fins. Bien sûr il faut du temps pour mettre, ou pour remettre en place ce que notre vie a "dérangé". Je veux dire qu'au départ tout le monde a toutes les qualités nécessaires pour être comédien, il n'y a qu'à regarder les enfants jouer pour s'en rendre compte. Ils agissent de manière instinctive, sans se poser de questions ; ils agissent, un point c'est tout. Seulement en grandissant, nous perdons cet "instinct", nous commençons à réfléchir, à nous juger. C'est là que nous devenons les artisans de notre malheur. Shakespeare, par l'intermédiaire d'Hamlet, nous livre son observation : "C'est la pensée qui fait que le malheur a si longue vie".

C'est sur cette base de réflexion que les ateliers du CMP ont été orientés. C'est à partir du potentiel de chacun que l'on peut démarrer. Deux axes doivent être mis en évidence :

- . La prise de conscience de cette énergie, inhérente à toute vie.
 - . Avec cette énergie, s'autoriser, oser agir, oser faire des choses que nous jugeons incongrues.
- Le moyen qui permet la mise en oeuvre est l'imaginaire.

A partir de là, nous avons mené un travail en profondeur avec chacun des participants, en les renvoyant continuellement à eux-mêmes, provoquant une réflexion, consciente ou non, sur la façon dont ils vivent l'exercice, voire la séance. En permanence je leur dis qu'il ne faut pas se juger, et que l'important n'est pas de bien faire l'exercice, mais de le faire tout simplement, du mieux que l'on peut et de mieux en mieux. La notion de mal étant complètement exclue.

Au fil des séances j'ai pu observer une modification du comportement des participants. D'une attitude fermée au départ, nous arrivons à un engagement véritable dans les exercices, un bonheur de faire, de vivre des situations fictives. Le fait de s'oublier dans l'action leur permet d'être libre. La reconquête de cette liberté, donc de l'autonomie, est le but de cet atelier.

Il n'est pas dans mes compétences de juger les conséquences thérapeutiques de notre travail. En revanche, ce qui est sûr, c'est que le travail d'introspection que tout acteur doit faire, pour vivre son métier, a forcément des effets dans sa vie quotidienne. Le comédien ne travaillant que sur lui-même, est sans cesse renvoyé à lui-même. Ce retour permanent l'oblige à une remise en question de tous les instants. Cette recherche de sincérité dans l'action a pour conséquence un élargissement de sa vie intérieure.

UNE PRATIQUE DE SECTEUR EN MAISON DE RETRAITE

Marie VIGNAL
Directrice
Maison de retraite de Lauris
"Les Amandines"

Josiane PIACENTINO
Infirmière (UF Mistrau)
détachée aux "Amandines"

Lauris le 23 Juin 1995

Un exemple de travail d'une institution et d'une équipe de secteur :

La maison de Retraite les Amandines, ouverte en 1991, accueille 80 résidents valides ou dépendants, entourés d'une équipe pluridisciplinaire de 32 intervenants.

Les résidents ont le libre choix de leur praticien et gardent les liens établis avec leur médecin de famille ainsi qu'avec les professionnels qui les assistaient avant leur entrée.

Un membre de l'équipe psychiatrique du 6^{ème} secteur du pavillon "Mistrau" (CHS Montfavet) assure, comme à domicile, une vacation hebdomadaire dans l'établissement afin de suivre des patients dans un but préventif et curatif et d'éviter ainsi, chaque fois que cela est possible, des hospitalisations en milieu spécialisé.

La demande de ces interventions a été rapidement exprimée par la maison de Retraite qui ressentait fortement le besoin d'aide des résidents et de l'équipe soignante et accompagnante.

Un travail en collaboration s'est instauré sur une base d'objectifs communs.

Le dialogue qui durant ces 3 années s'est construit, a permis l'expression de questions qui trouvaient une écoute spécifique et adaptée.

Si cela en avait été autrement, un certain type de travail n'aurait pas été possible et les conséquences auraient été le départ de certains patients de la Maison de Retraite pour une hospitalisation qui aurait aggravé les troubles existants.

Pour exemple : une personne qui souffrait de troubles de la persécution avec un retour sur un passé douloureux, a pu passer un cap difficile par une thérapie avec elle mais aussi par une sensibilisation de l'équipe toute entière favorisant la relation d'aide.

Par une approche globale, une attention soutenue aux demandes de cette patiente, et par un accompagnement des aidants, la période de crise s'est stabilisée et le maintien dans son lieu de vie est possible.

Des groupes de parole pour le personnel ont également été mis en place à deux reprises. Lieux d'échanges, ils ont favorisé l'expression des interrogations et des peurs qui sont vécues douloureusement par le personnel au quotidien.

Car s'est bien de la vie dont il s'agit : du rythme des jours qui passent dans un lieu qui se voudrait plus "village" et "maison" que triste "lieu d'hébergement".

Par delà certains aspects institutionnels que l'on ne peut éviter, dus à des impératifs d'organisation collective, le respect de chacun, en lui permettant de trouver sa place, se vit au quotidien.

"LE MISTRAU"

Joëlle VINCENT
Infirmière
UF Mistrau - CH Montfavet

Je suis celui qui souffle le plus fort, je suis tout en violence, en rafale, mais je vais toujours de l'avant, rien ne m'arrête ou presque, je balaie tout ce qui gêne ma progression. Je me nomme "MISTRAU".

Je suis une U.F. pour personnes chroniques âgées et pour personnes âgées venues pour adapter ou équilibrer un traitement.

Dans les temps reculés de mon histoire, on ne faisait que passer. Rien ne retenait personne ici, rien que les patients qui ne pouvaient faire autrement. C'était toujours pareil. Alors on me fuyait et ceux qui avaient le courage de s'occuper de ces patients là, commençaient à s'impatienter, à se sentir délaissés. Le "Mistrau" a coutume de se voir toujours critiqué. Mais quand c'est une U.F., c'est insupportable ; alors il faut changer cela. Changer les idées, les mentalités, ouvrir le dialogue pour que tout soit dit, pour qu'il y ait échange et changements.

Une équipe complète s'est mobilisée pour que ça change... Des bons de travaux répétitifs ont fait que l'U.F. a d'abord été repeinte pour donner plus de gaieté aux locaux, les salles de bains ont été aménagées avec un revêtement antiglis. Puis quand ce fut fait, il fallut autre chose pour veiller au bien-être des patients.

Des activités ont été créées, des sorties organisées, ainsi que des goûters servis pour couper la monotonie des longues après-midi, ainsi que la fréquentation du jardin qui n'est pas toujours chose facile. Tout se déroulait dans le train train journalier, lorsqu'un regard venu de l'extérieur nous a fait voir que c'était déjà bien, que l'humanisation était bien en route mais que ce n'était pas suffisant.

Alors par le dialogue, l'écoute des autres et notre analyse, nous avons travaillé sur l'intimité en milieu hospitalier.

Nous avons revu notre façon de travailler au lever des patients et les avons individualisés. Nous nous sommes procurés des peignoirs et comme les salles de bains ne sont pas adaptées, c'est nous qui nous sommes adaptés et avons aidé les patients à comprendre qu'il fallait attendre dans la chambre et ne plus s'agglutiner devant la porte des salles de bains. Un travail assez difficile vu l'état de chronicité de certaines personnes. Mais notre patience a porté ses fruits. A présent les services techniques vont rajouter un plus à ce confort, et pour la sécurité il va être installé des mitigeurs.

Le petit déjeuner se passe en petits groupes au fur et à mesure que les patients arrivent, ce qui permet d'individualiser aussi cet instant assez important de la matinée.

Puis les activités commencent, une fois par semaine la gymnastique, petite promenade aux alentours, à l'espace "Parenthèse". Il est organisé des activités culinaires, des sorties thérapeutiques régulièrement.

Nous avons appris à rencontrer les maisons de retraite, à tisser un réseau, à veiller à la prévention des difficultés psychoaffectives des personnes âgées.

La mise en place de cette nouvelle façon de travailler a donné de l'allant à notre U.F. où le dialogue est désormais ouvert, nous avons des projets et nous espérons les voir se concrétiser.

Nous allons avec le vent et nous ne craignons plus de nous appeler "Mistral".



PARTENARIAT AVEC L'IFSI

A l'époque du diplôme unique d'infirmier d'état, le Centre Hospitalier de Montfavet est l'un des rares cas en France, d'implantation d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers dans un établissement psychiatrique. S'il existe une possibilité pour que l'état revoie sa copie et crée une spécialisation en psychiatrie, c'est dans de tels lieux où demeurent au delà des programmes uniques, un état d'esprit, une curiosité particulière pour notre spécificité, qu'une dynamique peut trouver son inspiration.

"Psy-Cause", à partir de son deuxième numéro, entreprendra une publication d'écrits d'étudiants en soins infirmiers de Montfavet témoignant de leur regard sur notre discipline, au travers de comptes rendus de stages ou de mémoires.

Tel est le sens pour notre revue, de la participation de l'IFSI de Montfavet au conseil scientifique et au comité de rédaction.

GROUPE THERAPEUTIQUE A LA JOURNEE : EXPERIENCE MENEES DANS LE CADRE D'UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Huguette FERRE
Praticien Hospitalier
5 ème secteur - CH Montfavet

Henriette CESARANO
Psychologue
CHG de Martigues

RESUME

Il s'agit d'un groupe thérapeutique pour enfants présentant des troubles de la personnalité, composé de 4 enfants et de 2 thérapeutes. Ce groupe vient compléter une prise en charge pédopsychiatrique dans le cadre d'un CMP (psychothérapie + orthophonie et/ou psychomotricité). Le but est de mobiliser les mécanismes de défense, de permettre la symbolisation. Cette prise en charge soutenue permet de maintenir l'enfant dans le cadre scolaire et familial. Elle est une alternative à l'hôpital de jour.

PREAMBULE

Nous allons décrire une expérience d'un groupe thérapeutique composé de 4 enfants et de 2 thérapeutes réalisée dans le cadre d'un CMP. Les deux thérapeutes ont éprouvé le besoin de réfléchir sur la question du groupe en même temps qu'elles étaient parties prenantes du groupe. Leur travail a suscité des réactions passionnelles au sein de l'équipe du CMP, où peut être l'on pouvait repérer les fantasmes que l'on observe dans les groupes, à savoir fantasme de fusion, illusion groupale, fantasme de divulgation d'un savoir à l'extérieur vécu comme dangereux... Ce n'est donc qu'après quelques années, et lorsque l'une des deux thérapeutes a changé d'institution, qu'il leur a été possible de retracer cette expérience.

I INTRODUCTION - HISTORIQUE

Un travail de consultation pédopsychiatrique est assuré sous forme de prise en charge multiple ambulatoire (psychothérapie avec prise en charge orthophonique et/ou psychomotricité). Face à des enfants en grande difficulté, il a semblé à l'équipe que ce type de prise en charge pouvait être complété par la mise en place de **groupes thérapeutiques**. Ces groupes sont composés en fonction de la pathologie des enfants. Ils fonctionnent avec quatre ou cinq enfants et deux thérapeutes. Ils sont axés sur des thèmes (plaisir au langage, CP difficile, groupe de socialisation) qui donnent une orientation au groupe, et envisagés en fonction de la problématique des enfants.

La mise en place de groupes thérapeutiques répond le plus souvent à la nécessité de mener une "action thérapeutique intensive" pour des enfants aux troubles graves de la personnalité maintenus dans leur famille et souvent dans un circuit scolaire normal. Les enfants orientés vers ces groupes bénéficient tous sauf exception, d'une psychothérapie ou d'une prise en charge psychothérapique couplée avec de l'orthophonie et des séances de psychomotricité.

A notre sens, les phénomènes de groupe permettent *"une mobilisation rapide du dynamisme et du potentiel de chaque enfant et ne laissent pas trop le thérapeute et l'enfant aux prises avec les mécanismes de répétition mortifère et de lassitude"* (10).

Après plusieurs années d'expérience de groupe thérapeutique d'une durée limitée (1 h), il a été décidé de proposer une journée d'accueil avec repas pour des enfants de structures différentes mais évoquant par leurs symptômes des pathologies graves d'ordre psychotique et autistique.

II PRESENTATION DU GROUPE

Les journées d'accueil ont lieu le lundi. Le lundi est choisi car il correspond au premier jour de la semaine après le repos hebdomadaire. Ce temps est particulier car les conflits intra-familiaux ne peuvent pas être éludés par les impératifs professionnels ou scolaires. Il s'agit donc d'accueillir des enfants en souffrance après une rupture avec le temps social habituel.

Le groupe est composé de quatre ou cinq enfants et de deux thérapeutes. D'une année à l'autre, les groupes se modifient avec le départ ou l'arrivée d'enfants comme de thérapeutes.

En ce qui concerne le groupe choisi, il y a eu formation d'un nouveau groupe par rapport à l'année précédente. Nous avons opté pour un groupe "fermé" : deux thérapeutes, quatre enfants avec pour contrat de durée l'année scolaire. Par là, il nous semblait important de créer un contenant commun groupe-thérapeute. Nous citerons D. Anzieu : *"un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus"*.

Nous avons mis en place un cadre thérapeutique qui comprend :

- l'unité de temps : Les séances commencent et finissent à l'heure fixée, début du groupe 11 h - fin du groupe 15 h. Elles sont d'une durée régulière. Elles requièrent l'assiduité, leur nombre est arrêté à l'avance. Les séances ont lieu tous les lundis pendant l'année scolaire sauf pendant les périodes de vacances.

- l'unité de lieu : Le groupe a lieu dans le cadre du CMP. Les enfants ont à leur disposition une grande salle. Sur les murs sont fixés

des espaliers avec des tapis au sol, ainsi qu'un grand miroir. Au fond de la pièce, il y a un coin eau, lavabo et toilettes, lieu qui tient une place importante pour les enfants. Une petite table avec des chaises. Des jeux, des peintures, modelage, sont mis à disposition dans une grande armoire et un placard. Des animaux en peluche, des coussins, des petits matelas y sont aussi disponibles. Une autre pièce tient lieu de cuisine.

- l'unité d'action : Une tâche précise est assignée aux participants. La tâche est d'essayer d'être ensemble et de participer à des activités décidées en commun avec comme règle minimale : "ne pas se faire mal".

Ces trois règles permettent de constituer un cadre symbolique au groupe.

Les enfants aussi bien que les thérapeutes, sont tenus de les respecter. Les thérapeutes sont les garants des règles du groupe, ils se réfèrent aussi à l'Institution. La référence symbolique est donc double.

Des entretiens avec les familles ont eu lieu préalablement à la constitution du groupe. A chaque famille a été verbalisé les règles du groupe (Unité de temps, Unité de lieu, Unité d'action) et l'intérêt thérapeutique recherché pour l'enfant. Nous avons demandé aux familles des rencontres régulières au rythme d'une fois par mois au minimum. Nous sommes à leur disposition pour d'autres entretiens si elles le désirent. Nous les recevons individuellement avant le début du groupe entre 9 h et 11 h. Nous avons abandonné les rencontres des parents en groupe car elles étaient vécues d'une façon très angoissante et trop douloureuse par eux.

1) Présentation clinique des enfants :

Le groupe est composé de 4 enfants et de 2 thérapeutes, psychologue et psychiatre.

- **Pierre** : Est un petit garçon âgé de trois ans et demi. Il est porteur d'une trisomie 21. Il présente un retard psychomoteur en partie lié à une relation mère-enfant fusionnelle. La blessure narcissique que vit le couple parental face à "l'anomalie de Pierre" est telle que la confrontation avec la société est très difficile. Pierre est maintenu à une place de bébé. Pierre se présente comme un enfant intelligent, a acquis la marche à 20 mois, il n'est pas propre, ne parle pas mais il est tout à fait dans la relation avec les autres. Le groupe a été proposé pour Pierre dans un but de séparation mère-enfant, de socialisation et d'autonomisation. Pierre bénéficie en plus du groupe, d'une prise en charge en psychomotricité. Il consulte une orthophoniste dans un cadre libéral. Il a été intégré une après-midi par semaine à l'école. Un travail psychothérapique mère-enfant avait été mis en place mais arrêté par la mère.

- **Antoine (dit Toni)** : Est un enfant d'origine gitane, âgé de cinq ans et demi. Il est atteint de trisomie 21. Il nous a été adressé en septembre 1990 par le service de PMI. En fait, il se présente comme un enfant autiste avec absence de langage, stéréotypies à type de balancement, pas d'acquisition de la propreté. Il a été proposé à Toni outre la participation à la journée, une psychothérapie (psychothérapie mère-enfant) et des séances de psychomotricité. Vu la gravité de ces troubles, nous pensons que cet enfant a sa place dans un hôpital de jour. Un travail est effectué dans ce sens pour l'y intégrer.

- **Christophe** : Agé de cinq ans et demi. Est suivi en psychothérapie depuis deux ans au CMP. Christophe est un petit garçon intelligent, en relation avec les autres. Cependant, il n'arrive pas à respecter des règles, des consignes. Il souffre d'une instabilité psychomotrice. Il adopte des conduites de mise en danger. Il est agile au niveau moteur, par contre il parle peu et mal. Les acquisitions scolaires sont pauvres. Christophe est le deuxième de trois enfants ; il semble que sa problématique se situe au niveau d'une place difficile à trouver dans la famille. On met en évidence une carence éducative chez les parents liée à une histoire familiale douloureuse faite de placements en Institution.

- **Nicolas** : Agé de cinq ans et demi. Est placé par décision du juge dans une famille d'accueil. Il a de bonnes relations avec les gardiens, son placement lui est très bénéfique. L'histoire familiale de Nicolas est très douloureuse, il a été retiré à ses parents par décision du juge pour mauvais traitements. Nicolas est suivi en psychothérapie depuis un an, un travail de collaboration est effectué avec le service ASE. Son comportement a beaucoup changé depuis l'année dernière ; alors qu'il ne parlait pas, il s'exprime correctement à l'heure actuelle. Il est en relation avec les autres. Cependant Nicolas est un enfant très anxieux. Son angoisse s'exprime sous forme d'agitation, de tics, de conduites de mise en danger. Il a du mal à respecter la loi, il transgresse les règles. Il adopte des attitudes masochistes, du type "se faire punir ou frapper". Son comportement va dans le sens d'une répétition du vécu familial, des relations de violence avec les parents.

Ces quatre enfants au profil pathologique forts différents ont été proposés pour cette journée d'accueil car ils ont tous de grandes difficultés de relation et par là même de socialisation.

2) Déroulement de la journée :

- le temps entre 9 h et 11 h est utilisé pour les entretiens avec les familles.
- accueil des familles et des enfants vers 10 h 30 - 10 h 45.
- début du groupe à 11 h.

11 h : Rencontre avec les enfants ; nous proposons un jeu d'échanges afin d'établir une première communication entre les enfants.

Par exemple, les enfants assis en rond, chacun lance la balle à l'autre en disant le Nom de l'autre.

Ce premier échange nous semble important, il permet aux enfants de se retrouver, de se nommer.

Les enfants peuvent utiliser des jeux spontanément dans la mesure où ils respectent la loi du groupe que nous leur avons au préalable énoncée "ne pas se faire mal (ni à soi, ni aux autres)".

"Le recours au jeu et à la création n'a de valeur thérapeutique que si la régression y est autorisée. Comme l'a montré Winnicott, la folie a besoin d'un lieu où puisse s'exprimer la régression jusqu'à retrouver le souvenir perdu, forclos, resurgi de l'impensable et de l'indicible. Tout accès ultérieur à la symbolisation se fonde de la possibilité donnée à l'enfant de vivre une telle expérience" (13 - T. Lainé).

Après ce temps de jeu, nous leur proposons de préparer ensemble un dessert à la cuisine, ou de réaliser une activité (préparer l'arbre de Noël, peindre des santons, planter des fleurs...). Nous avons remarqué que la réalisation du dessert (un gâteau) est un temps fort ou du moins très investi par les enfants.

- Autre temps de jeu avant le repas.
- Le repas : il est un moment très riche car nous pouvons y observer en quelque sorte la problématique de chaque enfant.
- Après le repas, nous décidons ensemble d'une activité extérieure, promenade.
- Départ vers 13 heures, retour vers 14 heures 30.
- Prise du goûter au centre.
- 15 heures : arrivée des parents, rencontre et accueil des familles, échanges sur la journée. Fin du groupe.

III PROCESSUS D'EVOLUTION - MATERIEL CLINIQUE

Eléments de théorisation

Nous nous trouvons donc, deux thérapeutes (psychologue et psychiatre) avec des enfants pendant une durée relativement longue. Dans notre pratique, nous utilisons comme référence théorique la Psychanalyse, ainsi qu'une formation au psychodrame analytique. Notre ambition est de réaliser un travail de psychothérapie de groupe d'inspiration analytique, notamment en accompagnant par des paroles les actes, les gestes, les jeux des enfants afin de permettre une symbolisation.

Au cours des séances, nous avons retrouvé ce qui a été décrit par Anzieu sur le groupe, tel que les phénomènes d'illusion groupale avec en pendant les fantasmes de casse. Nous avons pu repérer les relations transférentielles. Sur les thérapeutes (transfert central), mais aussi entre les enfants (transferts latéraux) spécifiques des petits groupes, sur le petit groupe en tant qu'objet. Les comportements d'agitation, de destruction des objets nous ont semblé être l'expression des angoisses archaïques.

Au cours des séances, certains éléments nous sont apparus importants :

- **le repas** : est un moment très riche, car chacun y joue directement sa problématique familiale.

* Christophe se sert abondamment de tout et avale goulûment les plats, puis éructe nous signifiant le souhait d'être pris pour un homme comme son père.

* Nicolas refuse de prendre toute nourriture à table, le repas représentant pour lui un moment de danger par reviviscence de ses relations avec ses parents.

* Pierre auquel la mère a mis un biberon dans le sac, attend qu'on le nourrisse.

* Toni mange tout ce qui lui est proposé sans émettre de goût ou de dégoût.

Nous essayons ici, de proposer une réponse différente de celle entendue à la maison. Chacun a sa place à table, mais nul n'est obligé de manger. Il ne s'agit pas de contraindre l'enfant et de perpétuer les relations anxiogènes vécues en famille autour de la nourriture, mais de les laisser venir partager un plaisir pris ensemble.

- **Le transfert** : Nous avons pu observer, en accord avec D. Anzieu, un **transfert central** qui se porte sur le couple de thérapeutes, et des **transferts latéraux** des enfants sur les autres.

* **Le tranfert central** se fait sur un couple de thérapeutes rappelant par là le couple parental. Nicolas dit "toi tu seras le papa" en proposant un jeu de marchand à la thérapeute qui avait énoncé à plusieurs reprises les règles du groupe. Pierre sollicite en permanence les thérapeutes dans le sens d'un maternage "*être porté au bras*". Nicolas transgresse les règles du groupe, provoque l'attention des thérapeutes, recherche la punition, essaie de répéter la relation de violence qu'il a connue avec ses parents. A plusieurs reprises, Nicolas et Christophe ont pris le sac d'une des thérapeutes et l'ont vidé posant peut être par là le questionnement de l'intérieur du ventre de la mère.

* Nous observons des **transferts "latéraux"** entre les enfants sous forme d'échanges très riches entre Nicolas et Christophe sur le mode de la compétition et du jeu. Christophe frappe les "petits" Pierre et Toni. Il reproduit par là les relations de rivalité fraternelle. Pierre frappe à son tour Toni. Il reproduit en quelque sorte le comportement des grands, ou peut être tente-t'il d'atteindre Toni pour qu'il sorte de son inhibition.

* Il existe aussi une troisième forme de transfert, beaucoup plus difficile à repérer, à analyser et à interpréter qui est **le transfert des enfants** (et le contre transfert des thérapeutes) **sur le petit groupe comme objet** ou entité propre.

En ce qui concerne notre contre transfert à l'égard du groupe, il prend parfois la forme de sentiment de découragement, d'épuisement et de désillusion lorsque les séances se sont avérées pénibles surtout lorsque l'agitation a été au devant de la scène.

- **L'agitation** a été souvent au devant de la scène lors des séances. Cette agitation est surtout le fait de Nicolas. Par l'agitation, Nicolas nous montre son angoisse, son désordre intérieur et son insécurité face au groupe ressenti comme un imago maternelle tout puissant. Il casse, il jette les objets, aucune réparation n'est possible. Par là peut être met-il en acte l'absence d'investissement de bon objet interne. Puis, à plusieurs reprises, il essaie de mettre un lien entre les éléments du groupe, de contenir le groupe en déroulant un rouleau de ruban adhésif tout autour de la pièce et des objets. Peut être par ce lien symbolique essaie-t'il d'arrêter l'éclatement, la dispersion de ses objets internes.

Christophe participe à cette agitation, dans une sorte d'imitation, et peut être de "couplage" avec Nicolas. Nous sommes alors en proie à de violentes attaques, tout ceci vécu dans une atmosphère d'angoisse de morcellement où tout vole en éclat. Nous avons alors de grosses difficultés à contenir le groupe. Au niveau contre transférentiel, nous éprouvons un profond désarroi face à un sentiment d'impuissance à faire respecter les règles du groupe. Nous sommes aussi envahis par un sentiment d'insécurité, "peur de se faire mal" recevant par là la projection du morcellement. Ces comportements d'agitation et aussi de transgression (tout casser, ...) ont lieu essentiellement quand nous sommes à l'intérieur du centre en rapport peut être avec des angoisses archaïques d'annihilation, de vide persécutif envers l'imago maternelle.

- **Pour maintenir un cadre structurant**, nous énonçons et rappelons aux enfant la loi du groupe. A chaque transgression, nous rappelons les règles du groupe.

En cela, nous nous référons au binaire utilisé dans l'enseignement de Lacan, celui "*d'énoncé et d'énonciation*". Nous n'avons de cesse que d'énoncer la loi. En effet, il nous semble que "*l'absence de sanction n'en dégage que mieux la présence du toujours déjà là de la sanction*" (4). Quand l'agitation est trop importante, ou quand les enfants se mettent en danger, nous intervenons en les contenant physiquement. Nous nous sommes beaucoup interrogés sur la place de Toni dans le groupe, sur l'intérêt d'intégrer un enfant autiste à ce groupe.

En effet, Toni a été amené au groupe une séance en retard. Toni de par son comportement de profonde inhibition psychomotrice, de retrait libidinal, d'absence de contact, a suscité de vives réactions chez les autres. Pendant toutes les séances, Toni reste en fait à la périphérie du groupe, les autres enfants essaient de le provoquer en le frappant. Il renvoie au groupe des angoisses très primitives.

Pendant un certain temps, nous avons cru observer dans ce groupe deux pôles : un pôle d'inhibition psychomotrice représenté par Pierre et Toni, un pôle d'agitation psychomotrice : Nicolas et Christophe. En fait, par la suite, il nous a semblé peut être que l'on assistait avec Nicolas et Christophe à un couplage à valeur de mécanisme de défense contre l'angoisse d'annihilation exacerbée peut être par l'enfant autiste.

Au cours de l'évolution du groupe, Toni a dû nous quitter car une place en hôpital de jour a été trouvée pour lui. Son départ a été parlé et commenté par tous, preuve que Toni avait fait sa place dans le groupe. Au niveau des thérapeutes, la séparation a été vécue comme trop rapide, des doutes ont été émis sur le bien-fondé de cette nouvelle prise en charge. Ce départ a été vécu au niveau contre transférentiel comme douloureux.

IV CONCLUSION

Face à la formation et au fonctionnement des groupes thérapeutiques, nous avons retrouvé les phénomènes décrits par Testemale et Chapelier.

L'Institution sert de **garant symbolique** au groupe qui s'appuie sur elle. Elle aide à ramener la Loi, à trianguler et remplir par là une fonction paternelle. De plus, elle permet aux thérapeutes de groupe, un contrôle lors des synthèses où sont analysés les mouvements transférentiels du groupe.

Par ailleurs, face au fonctionnement du groupe vécu comme "autonome" et sans hiérarchie, l'ambivalence de l'Institution a été aussi marquée :

- Le groupe suscite une impression de mystère et d'étrangeté.
- Il est l'objet d'une certaine agressivité et d'un désir de destruction.
- Il est vécu souvent comme une scène primitive, à la fois envié et persécuté. Selon Anzieu, les groupes sont vécus comme *"une réalisation imaginaire du désir"*.
- Il est un lieu de danger : on a peur pour les thérapeutes ou pour certains enfants du groupe (10).

Pour la réalisation de cette journée d'accueil, la motivation des thérapeutes a été considérable. Devant elle, l'Institution est devenue progressivement partie prenante.

Ce groupe a été mis en place pour essayer de compléter la prise en charge d'enfants présentant des troubles graves de la personnalité. Le problème est donc d'essayer d'apporter **des soins à la psychose chez l'enfant**. *"Depuis quelques années, certains se détournent de l'Hôpital de Jour (pour y repérer des effets asilaires trop invalidants) et mettent en valeur, y compris dans le traitement des psychoses graves, des prises en soins intensives et séquentielles, inscrites à travers un continuum symbolique dans le réseau communautaire"* (5). Ces groupes d'accueil à la journée s'inscrivent dans un tel projet, c'est à dire de maintenir l'enfant dans son milieu naturel. Ils représentent donc, peut être, **un essai d'alternative à la prise en charge Hôpital de jour**.



BIBLIOGRAPHIE

1. ANZIEU D.
"Le groupe et l'inconscient"
"L'imaginaire groupal"
Dumod, Paris 1984
2. ANZIEU D. - MARTIN J.Y.
"La dynamique des groupes restreints"
P.U.F., Paris
1ère édition 1968
9è édition mise à jour 1990
3. ANZIEU D.
"Les enveloppes psychiques"
Bords, Paris 1987
4. AUGE M.
"Le père" (préface)
"Métaphore paternelle et fonctions du père :
l'interdit, la filiation, la transmission"
Denoël, Paris 1989
5. BOURGIER G.
"De la bonne distance au temps partiel"
"Tendances actuelles du soin institutionnel
aux enfants psychotiques"
Perspectives psychiatriques 1987
26è année - n° 8/III (nouvelle série)
6. CAHN R.
"Approche métapsychologique du processus
thérapeutique en institution de soins pour
jeunes psychotiques"
Perspectives psychiatriques 1987
26è année - n° 8/III (nouvelle série)
7. CASTAGNET F.
"Aire d'expérience psychothérapique en institution
psychiatrique pour enfants"
N°7 - septembre 1980
8. CHAMBRE M.P.
"La dynamique de l'émotion"
Bulletin de psychologie
Tome XXXIX n° 377 1985 - 1986
9. DELAGE M.
"L'enfant et la thérapie institutionnelle"
Vie sociale et traitement n°84
Août, septembre 1971
10. DELEGAY -SIKSOU J.- DRUON C.
"Un groupe thérapeutique pour enfants psychotiques
dans le cadre d'un centre de guidance infantile"
L'information psychiatrique
Vol. 64 n°2 - février 1988
11. DESCALZO A.
"Les groupes d'enfants"
Psychiatrie magazine n°7
Octobre 1990 - page 13 à page 16
12. HOCHMANN J.
"Réflexions sur l'évaluation des thérapies
institutionnelles"
Perspectives psychiatriques 1987
26è année n°8/III (nouvelle série)
13. LAINE T.
"Processus thérapeutique et traitement
institutionnel des psychoses"
Perspectives psychiatriques 1987
26è année n°8/III (nouvelle série)
14. LELONG S. - BELLIVIER V.
"Soins d'un groupe d'enfants psychotiques dans
un I.M.E. fonctionnant sur le modèle hôpital
de jour"
Revue de Neuropsychiatrie de l'ouest
N° 81 - mars 1985
15. POLO M.
"L'Institution dans le cadre du traitement des
Psychoses"
Perspectives psychiatriques 1987
26è année n°8/III (nouvelle série)
16. PRIVAT J. - PRIVAT P.
"L'enfant et le groupe"
Pratique des mots
N°56 - septembre 1986
17. SORG - LHEUREUX S.
"Le théâtre dans l'ombre"
Thérapie psychomotrice n°4 - 1982
18. TESTEMALE G. - CHAPELIER J.B.
"Groupes thérapeutiques et institutions
soignantes"
Bulletin de Psychologie
Tome XXXVII, n°363 1983 - 1984



**POUR UNE PRATIQUE CORRECTE
DE L'INTERPRETATION
EN PSYCHANALYSE ET A L'HOPITAL**

Marie-Josée PAHIN
Psychanalyste
Texte à partir d'un enregistrement

Cet exposé de Marie Josée PAHIN, psychanalyste à Marseille, entre dans le cadre d'une suite de cours dispensés depuis 3 ans par l'association de formation permanente "La Question Freudienne" qui se situe dans la mouvance de l'Ecole de la Cause Freudienne, et qui est chargée d'enseigner aux équipes, à l'Atelier de Thérapie Institutionnelle Michel Silvestre, des notions de base sur la théorie psychanalytique. Depuis trois ans, certains de ces cours sont régulièrement publiés dans le bulletin de liaison du secteur 2 du Centre Hospitalier de Montfavet, "Point Virgule". disponible au centre de documentation de l'hôpital et à la bibliothèque de l'ATI Michel Silvestre. Ils le seront désormais dans la revue "Psy-Cause". Ce cours a été exposé le 8 novembre 1994. Il s'inspire principalement du chapitre des Ecrits de Jacques Lacan : "la direction de la cure".

Jean Paul BOSSUAT

* *

*

Lacan souligne l'importance d'une pratique correcte de l'interprétation en tant qu'elle permet d'éviter que "*l'impuissance à soutenir authentiquement une praxis, se rabatte sur l'exercice d'un pouvoir*". (Ecrits page 586). C'est l'impression que nous avons quelquefois lorsque nous sommes en rapport avec des patients et que nous nous demandons jusqu'à quand nous allons essayer d'exercer une pression, un pouvoir sur eux. Se poser la question de l'interprétation, ne concerne pas seulement l'analyste dans la cure analytique, mais nous pouvons faire le pari d'un parallèle avec le soignant vis à vis du malade à l'hôpital. **L'interprétation s'oppose absolument à l'exercice du pouvoir.**

Alors Jacques Lacan pose d'emblée la question : "*que doit payer l'analyste ?*", question que nous pouvons transposer en "*que doit payer le soignant ?*"

Lacan considère trois modalités de paiement. L'analyste (et donc le soignant), doit payer de mots, de sa personne et de son jugement. (Ecrits p 587).

**L'analyste (ou le soignant) doit payer de mots :
l'interprétation, qui intervient lorsqu'il y a transfert,
joue de l'équivoque**

Il doit payer de mots "*si la transmutation qu'ils subissent, les élèvent à leur effet d'interprétation*". L'interprétation n'intervient que lorsqu'il y a transfert. Elle joue de l'équivoque. L'équivoque est un repère précis de l'interprétation. Nous verrons les trois registres de l'équivoque qui joue sur l'homophonie (l'humour de Raymond Devos illustre cela, donnant le pastiche), sur la grammaire et sur la logique.

**L'analyste (ou le soignant) doit payer de sa personne :
il doit supporter le transfert et ne pas user du pouvoir
qu'il donne sur l'autre, en donnant
à ce qu'il ressent, la place du mort**

Il doit aussi payer de sa personne en tant qu'il "*la prête comme support au phénomène singulier que l'analyse a découvert dans le transfert*". C'est à dire qu'il prête sa personne à supporter le transfert. Jacques Lacan souligne que ce n'est pas rien et que ce n'est pas facile à supporter.

Il souligne que "*tout analyste ressent le transfert dans l'émerveillement de l'effet le moins attendu*". Il s'agit de quelque chose qui se produit dans une relation à deux, qui n'est pas réservé à la cure analytique. Il va donc y avoir à composer avec un phénomène dont le soignant qui le supporte n'est pas responsable : ça lui tombe dessus de façon tout à fait spontanée.

En quoi consiste ce phénomène ? Dans le fait qu'un Sujet instaure un Semblable dans la position que Lacan appelle le grand Autre, c'est à dire dans la position de quelqu'un dont il attend d'être reconnu. Il place le Semblable dans la position d'un Autre dont le dire pourrait l'éclairer sur ce qu'est son être.

C'est la position dans laquelle les hospitalisés mettent souvent les soignants. Et il y a tout intérêt à ce qu'ils mettent dans cette position les médecins, les infirmiers, tout soignant. Le regard de cet Autre (= le soignant) sur le Sujet (= l'hospitalisé) lui donne l'espoir d'un recours à la question de son existence. Ce n'est pas rien et c'est lourd à porter pour ceux qui se trouvent investis d'un pouvoir potentiel sur l'autre. Et bien sur, pour avoir un effet analytique, il s'agira de ne pas user de ce pouvoir que donne le transfert, ce qui est une difficulté.

Nous allons voir que justement dans l'histoire de la psychanalyse, ce pouvoir que donne le transfert, ne laisse pas indifférent ceux qui en sont investis. A tel point qu'il va en ressortir tout un ensemble de déviations quant au maniement du transfert : ce phénomène du transfert est reconnu, mais ceux qui le recueillent en font des choses très différentes et complètement opposées à ce qu'est la psychanalyse, tout en s'installant comme psychanalystes.

Lacan donne comme indication : quelle va être la place des sentiments de l'analyste ? En effet ce pouvoir que donne le transfert, va évidemment mobiliser des sentiments chez l'analyste. Quelle place ont-ils ? Lacan répond : *ils n'en ont qu'une possible, celle du mort*". C'est bien entendu le contraire qui a tendance à se produire, à savoir que ce transfert que l'on supporte, mobilise les sentiments. Et alors, précise Lacan, c'est *"l'exaltation facile à jeter les sentiments au titre du contre-transfert, dans le plateau d'une balance où la situation s'équilibrerait de leur pesée, qui témoigne d'un malheur de la conscience corrélatif d'une démission à concevoir la vraie nature du transfert"*. Il n'y a pas à peser ce que l'on ressent dans le contre-transfert, mais à donner à ces sentiments la place du mort.

**L'analyste (ou le soignant) doit payer de son jugement :
il doit se préoccuper de l'adéquation de ce qu'il
énonce, de son interprétation, par rapport à la
visée de la fin de la cure**

Lacan précise ce qui est le troisième versant de ce que doit payer l'analyste : *"oubliera t'on qu'il doit payer de ce qu'il y a d'essentiel de son jugement le plus intime"*. Pour l'analyste, alors qu'il n'est pas question de ses sentiments, il est quand même question qu'il doive y aller de son jugement le plus intime pour se mêler d'une action qui va au coeur de l'être. Je pense, quant à ce jugement d'une action qui va au coeur de l'être, que Lacan évoque la nécessité pour les analystes, d'une formation conceptuelle pour faire avec ce phénomène du transfert.

Sur le plan conceptuel, il va s'agir de s'atteler à cette question : comment fonctionne la structure du désir ?

Lacan précise : *"l'action de l'analyste lui échappe avec l'idée qu'il s'en fait, s'il n'articule pas les phénomènes du transfert à la structure du désir, en tant que cette structure du désir comporte en son sein un paradoxe"*.

L'analyste ou le soignant, dans cette position où il supporte le transfert, va avoir à se dédoubler : d'une part il va devoir mettre de côté et ne pas tenir compte des sentiments qu'il peut éprouver, ce qui n'est déjà pas facile ; de plus d'autre part il va devoir se préoccuper de ce qu'il peut énoncer en tenant compte de sa position dans le transfert.

Cela se fait en tenant compte de ce qui va être la visée de la fin de la cure.

Au cours du travail de la psychanalyse, il s'agit d'obtenir la mise au travail de l'inconscient. Or Lacan dit que *"l'analyste est plus libre dans sa tactique que dans sa stratégie et sa politique"*. En effet la stratégie et la politique impliquent une idée de où on veut en venir, et cela est très précis en psychanalyse. Alors que la tactique se règle au coup par coup, et peut être beaucoup plus variable et adaptée aux circonstances du moment.

Il s'agira que l'interprétation de l'analyste soit adéquate pour la fin de l'analyse, ce qui implique d'avoir une idée de ce en quoi consiste la fin de l'analyse. Et cette fin de l'analyse implique une idée de la direction de la cure et de ce qu'est le désir de l'analyste dans son travail. Un parallèle peut être fait avec ce que le soignant va pouvoir interpréter, qui implique la nécessité pour lui d'avoir une idée de la direction de la cure entreprise et de ce qu'est le désir du soignant dans son travail.

Les trois erreurs dénoncées par Lacan :

- 1 - faire d'une capacité à la réinsertion, la visée du thérapeute ;**
- 2 - avoir l'obsession douteuse, de l'autonomie du patient ;**
- 3 - vouloir vaincre la résistance du patient au lieu de l'interpréter comme étant de son désir**

Pour approcher ce dont il s'agit, je vais parler des erreurs que Lacan dénonce, qui sont courantes et radicalement opposées à la visée que la cure puisse avoir une fin, qu'il y ait un chemin analytique à faire.

1 - Première erreur : retenir comme critère, la mesure des défections du patient par rapport à la réalité :

La première erreur est de mesurer les défections du patient vis à vis de la réalité, sur le principe des éducateurs de toujours. On ne peut pas dire que personne ne soit jamais tombé dans ce travers. On peut mesurer ces défections, les constater mais en faire un principe de direction thérapeutique, est une autre affaire.

Certes si le patient se réinsère, trouve un boulot, c'est une bonne chose pour lui, mais "s'il n'arrive pas à tenir son appartement", s'il ne réussit pas, il ne faut pas en déduire que l'on est inefficace dans la cure, pas plus que l'on est efficace dans le cas inverse. Le fait de se réinsérer peut être une conséquence de la thérapie mais ce n'est qu'une conséquence. Il ne faut pas en faire un critère absolu qui par lui même est une visée du thérapeute.

Si cela, en effet, correspond au désir du thérapeute, ce dernier définit un objet à ce désir, et de ce fait est à côté de ce dont il s'agit dans son travail avec les patients. Que de surcroît cela vienne, tant mieux, mais il ne faut pas que ce soit la visée du travail soignant.

C'est un débat, est-il fait remarquer par un soignant, que l'on a régulièrement à l'Atelier de Thérapie Institutionnelle (ATI) dans les réunions. Faut-il qu'il reprenne un travail au plus vite, doit-on lui aménager sa prise en charge pour qu'il soit confronté à une adaptation dans la société ? De plus en plus à l'ATI se développent des formules d'hospitalisations de jour à temps partiel qui font suite à l'hospitalisation à temps plein.

On peut travailler le lien social du patient sans forcément avoir pour objectif de comparer sans arrêt son rapport à la réalité, et de réinjecter cela dans la relation avec lui - reprend Marie Josée PAHIN. Il faut distinguer le niveau de l'adaptation à la réalité, de celui de la cure. On peut très bien mettre en place des outils pour confronter le patient à du lien social, mais cela ne veut pas dire que c'est un critère dans la relation avec lui, que de comparer toujours s'il est adéquat ou non à la réalité. Ce n'est pas la même chose de faire au patient des propositions de lien social qu'il va saisir ou non, et de les lui balancer constamment cela comme étant un instrument de mesure. Nous pouvons très bien laisser parler ce qui se passe pour lui confronté à cette réalité, et nous abstenir de lui dire : c'est bien, ce n'est pas bien.

2 - Seconde déviation : vouloir à tout prix l'autonomie du patient :

Dans le séminaire sur le transfert, Lacan fait un sort à cette piètre consolation que l'on peut se donner lorsque l'on a perdu des gens proches, raté quelque chose avec eux, en se disant : *"au moins j'ai su respecter leur liberté"*. Lacan fait un sort à cela en remarquant : *"cette pseudo-liberté d'autrui n'est en fait qu'une façon de préserver la liberté de sa propre indifférence"*.

Cette remarque de Lacan ramène le souci d'autonomie au souci de préserver la liberté de son indifférence. Elle est à entendre, bien sur, comme dans la mesure où ce souci d'autonomie pour le patient devient un leitmotiv, une direction thérapeutique. L'autonomie en soi, lorsque quelqu'un fait des choses seul, est quand même mieux. Mais c'est critiqué par Lacan dans la mesure où cela devient un objectif. C'est alors une obsession qui devient douteuse.

3 - Encore une conception erronée : vaincre la résistance du patient :

La perspective analytique au contraire est de trouver dans la résistance un mode d'expression du désir. La résistance n'a pas à être vaincue mais analysée. Elle est au contraire du matériel qui arrive, permettant de mettre sur le tapis la question du désir, et éventuellement d'essayer d'interpréter ce désir. La visée qui est d'interpréter le désir, est évidemment une autre conception que celle d'un rapport de force qui ferait céder la résistance.



**Le soignant ne doit pas utiliser la force du
transfert au service d'une suggestion grossière.
Il doit prendre le temps de travailler cette aliénation**

C'est qu'à partir du moment où le phénomène du transfert s'est manifesté, il donne un pouvoir. Ce pouvoir peut être exercé dans le sens de vaincre la résistance, de prendre une idéologie de l'autonomie, de prendre une idéologie de la réalité ; et à ce moment là on utilise la force du transfert, au service du suggestion grossière.

Un médecin du groupe cite des propos que lui avait tenus un surveillant dans un autre établissement : *"la première chose à faire quand un patient entre à l'hôpital, c'est de penser à la sortie"*. L'objectif de l'autonomie était inscrit dès l'admission.

Effectivement, reprend Marie Josée PAHIN, on perd là de vue ce qu'il y a lieu de se déposer dans une relation transférentielle spécifique au désir du patient. Forcément, lorsque le patient se met sous transfert, il se met sous dépendance. Le transfert est fondamentalement contraire à l'autonomie. Il est une aliénation redoublée mais qui doit être, lorsqu'elle le peut, travaillée. Il ne s'agit donc pas de l'écarter mais au contraire, de l'instaurer.

**C'est lorsque le patient nous impute
une façon d'être à son égard,
que nous devons lui faire sentir
qu'elle le concerne lui dans son désir**

Lacan donne une indication dans "la direction de la cure" (Ecrits page 591) sur la place de l'interprétation lorsque le transfert est bien avancé, lorsque l'on est au coeur du transfert. Il dit : *C'est donc pour ce que le Sujet à l'analyste impute d'être, qu'il est possible qu'une interprétation revienne à la place où elle peut porter sur la répartition des réponses*".

A "analyste", nous pouvons transposer "soignant". Et donc nous pouvons comprendre cette indication de Lacan ainsi : c'est au moment où le patient nous impute quelque chose (il nous suppose une intention à son égard, une façon d'être à son égard), qu'il s'agit pour nous de lui faire sentir que cette imputation d'être qui soit disant nous concerne, le concerne lui dans son désir.



**Prêter un désir au soignant et ainsi
ne rien vouloir savoir de son désir
est une résistance.
La réponse comme interprétation, doit être équivoque,
c'est à dire laisser deux voies égales**

Comment réussir ce renversement ? Ce n'est pas évident. Cela renvoie chaque fois à la singularité de la situation avec le patient et à la singularité du patient. Comment son désir est-il en jeu lorsqu'il vous parle en vous attribuant une intention, un désir à vous, un projet ? Quel est le désir qu'il met lui, qui le concerne là-dedans ?

Nous pouvons dire que prêter un désir au soignant (évidemment avec un savoir qui l'accompagne), c'est une résistance. Ça l'est dans la mesure où c'est une façon pour le malade de dire : "c'est cela qu'on veut pour moi", et ainsi de ne rien savoir de son propre désir et l'attribuer à l'autre. C'est l'autre qui désire et qui sait.

Néanmoins, si c'est une résistance, c'est par là que le désir s'exprime. Et donc à partir de cette imputation d'être qui concerne le soignant ou l'analyste, l'oreille de ce dernier doit s'éveiller sur le fait que quelque chose peut être dit au patient sur son désir, peut lui être renvoyé.

Ce quelque chose doit lui être renvoyé, de suffisamment équivoque. Il y a en effet une équivoque qui porte sur la grammaire dans ce qui est dit : qui est concerné vraiment ? Est-ce le soignant ou est-ce celui qui parle de ce qu'il attribue à l'autre ?

Prenons un exemple. Il nous vient à l'esprit un reproche, toujours le même (une idée fixe en quelque sorte) que nous faisons aux autres. En général lorsque nous sommes préoccupés ainsi par ce reproche toujours le même vis-à-vis des autres, c'est que nous sommes extrêmement concernés. Pour le soignant qui nous écoute, c'est à souligner : *"qui parle de cela, en quoi cela me concerne si vous en parlez autant ?"* On voit bien que ce reproche part du discours du patient pour y revenir. Alors on peut lui retourner : *"c'est vous qui parlez de ça. En quoi ce que vous présentez comme concernant votre partenaire, puisque c'est vous qui l'avancez, y êtes-vous concerné ?"*

On peut le dire comme cela, mais il y a dix mille façons de le dire ou de l'introduire à quelqu'un. Là est toute la subtilité de l'interprétation ou de ce renvoi qui doit se faire plus ou moins habilement, de façon que le Sujet soit un peu obligé de se poser la question : *"oui en fait, en quoi je parle de moi ?"*

L'équivoque est de dire : c'est qui ? Il ne faut pas présenter les choses comme une certitude : je sais que cela vient de vous. Il faut présenter l'équivoque, c'est à dire : de qui cela vient-il vraiment ? Il y a ainsi deux voies égales. D'ailleurs le sens étymologique d'"équivoque", c'est "deux voies égales". Et cela parce que ça peut venir des deux. Il ne faut pas exclure que ça vienne vraiment de l'autre, ce qui arrive. Mais en posant ainsi la question, il y a deux possibilités.

Frédérique GATTO, psychanalyste de la Question Freudienne, intervient : j'ai un petit exemple là-dessus. C'est une patiente qui me dit qu'elle ne pourrait plus continuer à venir en séance : *"parce que si je continue à venir, de toute façon c'est vous qui l'aurez décidé"*. Cette jeune femme est dans ce rapport d'aliénation à l'Autre qui est commun à tout le monde, et elle a toujours eu l'impression d'être sous influence et notamment de sa soeur aînée. Et il est vrai que je l'ai mise à cette place de soeur aînée. Lorsqu'elle m'a dit ça, je me suis dit que je ne peux pas répondre : *"vous revenez quand même la semaine prochaine"*. Je lui ai dit : *"mais qui c'est vous"* ? En faisant cela, je me mettais un petit peu en jeu tout en la laissant se questionner sur en quoi cela la concernait, elle, dans son rapport à l'Autre. On peut dire que c'est entre nous, entre elle et moi : ce n'est pas vraiment elle, ce n'est pas vraiment moi. Ce n'est pas moi qui me mettais vraiment à sa place bien que je souhaitais qu'elle continue, mais en même temps je lui laissais sa question. De manière qu'ainsi elle s'en empare et que plus tard elle puisse dire : *"je viens parce que ça me concerne. Je me sens concernée par les questions que je pose"*.

Il ne faut donc pas perdre de vue, reprend Marie-Josée PAHIN, qu'il ne s'agit pas d'un renvoi pur et simple du type : *"ça vient de vous"*, ce qui est abusif. Il y a toujours deux voies égales : ça vient de l'Autre et ça vient aussi du Sujet. Ce qui est en jeu vient des deux à la fois.



**Pour que s'installe le transfert,
Freud utilise la suggestion dialectique
pour faire comprendre au Sujet qu'il est responsable
de son désir énigmatique
à partir d'éléments dont le consultant a pris conscience**

Pour qu'il y ait un travail analytique, il faut que le transfert soit installé. Pour cela Freud n'hésite pas à utiliser la suggestion. Il utilise une suggestion qui part des dires du patient pour y revenir ; c'est une suggestion dialectique. Il n'introduit pas lui même ses propres

opinions, son propre jugement. Il part de ce qui est dit pour revenir aux dires du Sujet. Lacan appelle cette suggestion de Freud pour installer le transfert : "*rectification des rapports du Sujet avec le Réel*" (Ecrits p 598).

Cette suggestion consiste à obtenir du consultant qu'il convienne que son symptôme malgré l'embarras qu'il lui cause et/ou la plainte qu'il suscite, est animé par un désir inconscient. Freud insiste également sur le fait que ce désir est énigmatique. Ce désir est donc à travailler avec un point d'interrogation : quel est il ? Mais ce n'est pas parce que ce désir est énigmatique, que le patient n'en est pas responsable. Etant responsable de ce désir inconscient, le consultant a comme seule voie d'en savoir plus, l'expérience analytique : c'est une affirmation suggestive de Freud.

Freud va user de cette affirmation suggestive, par exemple, avec l'homme aux rats qui vient le voir parce qu'il a déjà lu des livres de psychanalyse. Freud va miser sur la conscience que son client a déjà acquise, de l'importance de la psychanalyse dans l'éclosion des sciences de son époque. Ce premier temps mise sur ce dont le Sujet est conscient. Et que fait Freud ? Il va encore rajouter des éléments d'information. Et Lacan souligne que cela peut vraiment apparaître comme une endoctrination : Freud fait à l'homme au rat, presque un cours sur l'infantile, le sexuel ; et cela pourrait apparaître comme étant une position pas du tout analytique.

Or Freud agit ainsi de façon à confirmer chez son client l'hypothèse qu'il y a un désir inconscient à l'origine de ses symptômes et qu'il doit accepter de se mettre au travail de l'analyse. Freud confirme sa position de Sujet Supposé Savoir qui est déjà présente chez l'homme aux rats. Il n'hésite pas à s'avancer dans cette position.

Et par ailleurs, il ne déculpabilise pas l'homme aux rats sur ses symptômes. Il lui dit : "vous avez un désir inconscient, mais *vous en êtes responsable*".



Avec Dora, Freud va faire la même chose. Dora se plaint d'être une victime. Il lui dit qu'il la croit : "*oui vous avez raison, vous êtes une victime*". Freud ne reste pas dans une espèce de neutralité analytique qui serait de ne rien dire. Cette reconnaissance surprend Dora qui s'attendait plutôt à être prise pour l'hystérique de service. Freud la croit, lui dit, et ainsi introduit une question qui va mettre au travail Dora. Il lui pose alors la question : "*mais quelle part avez-vous donc dans ce scénario qui au fond n'aurait quand même pas pu se poursuivre sans notre complaisance ?*" Il produit là un effet de surprise qui va mettre au travail Dora au niveau de la part inconsciente de son désir dans cette histoire. On peut dire que Freud a utilisé là une part de suggestion. En effet son intervention concerne le moi du Sujet, les relations conscientes que ce dernier a déjà élaborées.

Pour l'homme aux rats, c'était l'importance de la psychanalyse, sa croyance qu'elle peut l'aider dans ses symptômes. Pour Dora c'était l'analyse lucide qu'elle avait faite un jour, qu'elle avait un peu un statut de victime, que l'on se servait d'elle.

Lacan précise que là doit s'arrêter le travail de suggestion

Mais Lacan précise (Ecrits p. 596) : "*ici s'arrête le chemin à parcourir avec l'autre (il s'agit du petit autre) car déjà le transfert a fait son oeuvre, montrant qu'il s'agit de bien autre chose que des rapports du moi au monde*". Pour Lacan il faut à ce moment arrêter le travail de suggestion.

**Il n'empêche que cette première phase
qui consiste à convaincre de l'hypothèse
d'un désir inconscient où le Sujet est en cause,
concerne le travail du soignant en institution
qui va dégager ce qui fait tache chez le patient
pour qu'une tache analytique puisse se faire**

Ce travail de convaincre du désir inconscient et la responsabilité du Sujet, est un travail qui concerne tout à fait les soignants dans une institution. En effet il s'agit d'y recevoir des gens qui ne sont pas encore au point de faire une analyse, mais pour lesquels on peut toujours miser sur la chose la meilleure pour eux, c'est à dire solliciter ce qui est de l'ordre du Sujet de l'inconscient qu'ils peuvent mettre au travail. Pourquoi ne pas leur soumettre cette hypothèse ? Pourquoi ne la reprendraient ils pas, après tout ? Nous n'avons pas à les sous-estimer.

Ce n'est alors qu'à partir du moment où le patient a adopté cette hypothèse d'un désir qui le concerne et qui est inconscient, que l'on peut dire que le transfert est devenu opératoire. Il n'y a aucune interprétation sur le Sujet qui ne peut opérer avant que le patient n'ait fait, adopté, cette hypothèse qu'il est en cause dans son désir inconscient.

Freud, jusque là, s'abstient de toute interprétation. Sa première démarche n'est simplement que ce que l'on pourrait appeler une suggestion analytique, c'est à dire introduire chez le patient, l'idée qu'il peut y avoir une vérité au delà de ce qui se comprend, au delà de ce qui va de soi. Il introduit l'énigme avec une suggestion alors qu'habituellement la suggestion la réduit. C'est donc paradoxalement une suggestion qui introduit une part énigmatique dans le désir.

Nous pouvons dire que cette suggestion consiste aussi dans le fait que Freud, pour reprendre une équivoque homophonique, "*fonde la tache analytique à partir de ce qui fait tache dans le symptôme*" du patient, qui fait tache dans sa vie. C'est à partir de là que Freud introduit la tache analytique.

Il y a donc, pour un patient de Montfavet, un premier travail qui consiste à dégager ce qui fait tache pour lui. Il y a tout un travail d'écoute. Ce n'est pas évident à mettre en évidence car les taches, des fois, on ne les voit pas.

**Après une première forme de transfert
qui consiste à supposer à l'autre un savoir et un désir envers soi,
le transfert analytique est la supposition
qu'on y va de son propre désir :
il introduit la fonction de l'Autre
et ouvre l'inconscient**

Nous pouvons dire que ce qui est équivalent à introduire cette vérité qui est au delà de ce qui se comprend dans l'immédiat, cette autre vérité énigmatique, c'est introduire dans la relation avec le patient la fonction de l'Autre avec un grand A. Il y a relation d'égalité entre les concepts : c'est "égal" à introduire la fonction de l'Autre. C'est égal aussi à faire ouverture de l'inconscient.

Pour introduire cette vérité, il faut partir du singulier de chaque histoire. Cela fait "acte" dans le sens où ça marche, que ce n'est plus après comme avant. Si quelqu'un a convenu qu'il y a le désir qui anime ses symptômes, que ce désir est le sien, il quitte la plainte immédiate. Une autre dimension apparaît qui n'était pas avant.

Ce n'est donc qu'à partir de là que nous pouvons dire qu'un transfert analytique est à l'oeuvre. Bien sur auparavant, il y a un transfert qui est de supposer à l'autre un savoir, un désir envers soi. Mais le transfert analytique est un pas de plus, à savoir de supposer qu'on y va de son propre désir.



**Le Sujet doit sans cesse
être ramené à l'énigme de son désir.
C'est pourquoi l'interprétation doit être équivoque**

Une fois donc qu'un Sujet fait cette hypothèse, il se met au travail de sa parole. C'est le dispositif instauré par la cure. Le Sujet entre dans les défilés de sa demande, c'est à dire qu'il se demande quel est ce désir qui anime ses symptômes. Il va être amené à parler de ses amours, de ses haines, et il tente de cerner une vérité de son être dont il suppose quand même évidemment le savoir à l'analyste.

Comment faire pour ramener à une énigme ce que le Sujet croit saisir de cette vérité de son être ? Cette question se pose au soignant parce que même si l'hypothèse d'un désir inconscient a pris, le Sujet ne cesse de tenter de revenir à des certitudes, des explications, des choses qui lui feront croire que ça y est, il a trouvé, il a compris. Le soignant va devoir sans arrêt ramener ce que le Sujet croit avoir compris, à quelque chose qui reste énigmatique. C'est pour cela que l'interprétation doit toujours être équivoque.

Cette équivoque, ces deux voies égales, sont un repère. Le fait qu'il y ait deux voies égales possibles, amène le Sujet à se poser la question : laquelle des deux, de quel côté ?

**Des équivoques homophoniques
que Lacan a utilisées dans un enseignement :**

1 - faillir et falloir : la faute du père qui faillit la réalisation du désir

**2 - dit- femme et diffame : menace pour la version du père
qui est une père-version**

3 - effet - mère et éphémère : l'insaisissable unité

L'équivoque homophonique paraît facile quelquefois, mais produit toujours un effet de saisissement chez le Sujet parce qu'elle bouscule la compréhension immédiate du discours.

Jacques Lacan les utilise fréquemment dans son enseignement. Une équivoque chez lui, va beaucoup plus loin que le jeu de mots, le jeu d'esprit, le rire. Elle est lourde d'enseignement.

1 - Exemple de l'équivoque entre faillir et falloir.

Cette équivoque est au coeur de quelque chose de très important dans la névrose. Elle est le point où faillit le savoir prêté au père, point où précisément surgit l'instance du surmoi qui fait qu'il faut impérativement pour le Sujet, que son désir soit impossible, insatisfait ou évité.

C'est au point où il y a cette faillite, où le père est en défaut, que surgit l'impératif qui fait que son désir doit être insatisfait, impossible ou évité. Cela donne une idée du chemin à faire. C'est lorsque le Sujet

renoncera à en vouloir au père, à la faute du père, et qu'il renoncera à ce que ce soit la faute du père, qu'il pourra surmonter l'impossibilité, l'insatisfaction chronique de son désir. Nous pouvons donc dire que c'est une équivoque enseignante.

2 - Exemple de l'équivoque de ce qui est dit-femme.

Le dire femme renvoie à ce qui échappe aussi à la version du père, à la père-version (= autre équivoque de Lacan). La version du père est toujours une père-version. Ce qui est dit-femme, qui est à éloigner quand même, est ce qui contredit la version du père.

Dans la névrose, il y a cette certitude paradoxale mais qui coexiste dans l'inconscient, à savoir que cette version du père doit faillir, est en faute, mais qu'en même temps rien ne doit contredire cette faute. C'est pourquoi ce qui se présente au Sujet du côté de la femme est quelque chose qui diffame dans la mesure ou cela menace cette version potentielle du père, chez le Sujet qui tient à maintenir la structure névrotique de son désir, qui tient à cette perversion.

3 - Exemple de l'équivoque : effet-mère.

Cette équivoque renvoie à l'insaisissable de l'unité du névrosé que ce dernier cherche à saisir et par laquelle il cherche à se faire aimer. Nous connaissons bien dans la névrose, la nostalgie qui est cultivée et qui est toujours une façon de ne pas arriver à se faire à cet effet-mère, et donc de ne pas arriver à le symboliser.



L'équivoque sur la grammaire

Je vous ai parlé de l'équivoque sur la grammaire qui permet de faire saisir à quelqu'un en quoi il est concerné dans tout ce qu'il reproche aux autres.

**La fonction du Signifiant lié à l'équivoque,
est en contradiction avec le fait que le soignant
définisse un bon objet du désir (autonomie, réalité, génitalité)**

Nous pouvons dire que ces équivoques font saisir la fonction du Signifiant qui permet d'être en rupture avec le fait pour les soignants, de fabriquer des significations répondant à la question : quel est le bon objet du désir ? Ce bon objet peut être l'autonomie, la réalité ou la génitalité (lorsque quelqu'un se marie, a une génitalité satisfaisante, il est guéri).

Nous voyons donc bien en quoi le Signifiant lié à l'équivoque, est en rupture avec toute signification qui implique un savoir sur l'objet du désir. Lacan note que lorsqu'on cherche à définir l'objet du désir, on peut tomber dans cette pente de voir des significations partout, comme de ne pouvoir les arrêter nulle part.

**Et pourtant on peut dire des vérités
sur les autres ou sur soi,
qui noient le poisson**

Lacan porte donc cette notion de Signifiant, à une conception scientifique de la relation analytique. Et il y a un piège parce que dans les significations qui concernent les dires, ce n'est pas toujours faux. Cela a des résonances et quelques fois du vrai.

Lacan remet les choses au point lorsqu'il dit : *"opinion vraie n'est pas science, et conscience sans science n'est que complicité d'ignorance"*.

Cela se voit lorsque l'on parle des autres. En effet il nous arrive quelquefois, pour éviter de nous mettre en cause, que nous nous mettons à parler des autres. Et en le faisant nous trouvons des choses à dire extrêmement vraies. Mais ces choses vraies nous permettent de masquer notre propre implication. C'est peut être dans ce cas de figure que nous saisissons le mieux comment cela va dans le sens du refoulement. Mais nous pouvons aussi dire sur nous des choses très vraies qui sont une façon de noyer le poisson. Cela est tout aussi valable lorsque l'on parle de soi.

**Que le soignant prétende définir l'objet du désir,
cela se heurte au fait que c'est entrer dans le fantasme.
Faire croire au Sujet qu'il peut combler l'Autre,
s'égaliser à ce qu'il doit être pour satisfaire le désir de sa mère,
c'est renforcer sa névrose et aggraver ses échecs.
C'est au plus entrer dans le registre de la fausse promesse
du père qui faillit**

Le dire qui prétend définir l'objet du désir, relève évidemment du discours du maître, et est repris dans le fantasme du Sujet. Du fait que ce dire est partie prenante du fantasme, il entre dans la logique du

fantasme à savoir : ce que doit être, doit se faire le Sujet (au sens de la pulsion), pour être aimé, pour ambitionner cette unité de lui qui évidemment lui échappe.

Ce paradoxe du désir, qui fait que le Sujet vise une unité de lui, mais qu'en même temps il ne peut pas l'atteindre, tient de ce que le Sujet est un être de langage. La version du père doit toujours être en faillite parce que c'est une version qui implique quelque chose qui s'énonce (= qui participe du langage) et qui renvoie forcément à une autre version. Dans la mesure où cette version peut être renvoyée à une autre, elle ne peut jamais prétendre être la bonne. Il y a des raisons de structure pour que la version du père, le père, soit toujours en défaut.

Ce paradoxe du désir est que le Sujet névrosé veut se raccrocher à une version du père parce que ça le rassure, et qu'en même temps ce Sujet sait que cette version ne peut que renvoyer à une autre, que cette unité dont elle fait promesse, ne peut être qu'une fausse promesse. Lacan dit que ce paradoxe du désir existe dans toutes les structures cliniques. Mais le névrosé tient compte de ce paradoxe. C'est ce qui fait que quand il demande quelque chose, il ne veut pas que cette demande soit satisfaite car il veut pouvoir continuer à désirer.

Certains analystes ne cessent de promettre à leur analysant cette unité accomplie à la fin de la cure. Ce sera : "vous aurez une génitalité, vous réussirez, vous arriverez à respecter les autres, vous serez vraiment autonome". Dans la conduite de ces cures, lorsque l'analysant a fait du chemin, a avancé suffisamment sa parole pour se rendre compte que c'est l'énigme de son désir qui lui fait question et qu'il veut la travailler, alors que l'analyste persiste dans sa fausse promesse, que se produit-il ?

Lacan note que l'analysant produit l'anomalie comportementale qui fait irruption dans la relation analytique et qui vient comme pour répondre par une version inattendue complètement incompréhensible. Cette version que Lacan appelle perversion transitoire, que développe le patient et qui est une version absurde du père mise en acte, signifie à l'analyste qu'il est à côté.

Or la fonction d'une version du père, d'une père-version, est d'attribuer un phallus à la mère, de dénier que la mère manque. Il y aurait donc une raison du désir qui pourrait satisfaire la mère, qui la comblerait.

C'est ce que cachent les idéologies de fin d'une cure où les patients sont autonomes, adaptés à la réalité, hétérosexuels, respectueux de l'autre. C'est affirmer qu'il y a une raison du désir, et que le Sujet peut s'égaler à cette raison idéalisée du désir.

Cela équivaut dans l'inconscient, à ne pas tenir compte que la mère manque. Ce serait fournir à la mère qui est la référence du Grand Autre de tout Sujet, que ce Sujet lui dise : *"voilà maman, je suis ton phallus enfin ; je conviens à satisfaire ton désir. Je suis le bon petit enfant devenu respectueux, hétérosexuel et autonome"*.

Cela équivaut dans l'inconscient à dénier la castration de la mère. Or ce qui va permettre à un Sujet de sortir de sa névrose, c'est **d'accepter que la raison du désir de la mère, il va devoir aller la chercher ailleurs et même ailleurs que dans les versions du père.**

Il va même devoir dépasser les versions de ce qu'il a pu tirer des rapports à son père, pour sortir de l'impasse de sa névrose et de son désir, c'est à dire de l'insatisfaction, de l'impossibilité ou de l'évitement. Si cela arrivait que le Sujet s'égale à être la bonne et vraie raison du désir de la mère, Lacan dit pourquoi pas ? Mais le problème est que ça échappe toujours. Plus vous encouragez le Sujet à s'égaliser à cela, plus il va être confronté à ce qui fait ce fond de névrose. L'hystérie par exemple, va être alimentée. Plus le Sujet croit qu'il peut incarner cette raison du désir de l'Autre, plus on le lui laisse croire, plus il va au devant de ses échecs qu'il concrétisera d'autant mieux dans sa vie.

Vous allez dire dans ce cas là : comment alors que l'on a tout fait pour qu'il soit autonome, hétérosexuel, etc... maintenant il échoue ! Mais il échoue parce que c'est le principe même de la névrose. Et c'est un principe que vous aurez augmenté en faisant cela. Vous ne lui aurez donné aucune chance de s'en sortir.

**Freud fait une interprétation
inexacte quant à la réalité
mais exacte quant à la structure**

Freud fait une interprétation inexacte quant à la réalité mais exacte quant à la structure. Nous avons vu dans un précédent cours (cf Point Virgule N° 17) que Freud, par exemple, avait dit à l'homme aux rats qui si son désir est impossible, c'est à cause de son père, alors que dans la réalité c'était sa mère qui lui avait dit d'épouser une femme riche et de renoncer à son aimée pauvre. Sur le plan de la structure, c'était vrai car le père avait fauté en épousant la mère parce qu'elle était riche, laissant tomber la femme qu'il aimait. Les compulsions obsessionnelles de l'homme aux rats étaient le décalque de la faute du père qui avait été un rat parce qu'il aimait l'argent.



Un cas clinique de Lacan :
comment un obsessionnel se sort
d'une tentative de résoudre une impuissance
en faisant appel à une père-version,
grâce à sa maîtresse qui lui fait comprendre
qu'elle peut jouir de son phallus sans le lui prendre

Je vais vous raconter une fin d'analyse décrite par Lacan, comment Lacan a interprété lors de cette fin. Il s'agit d'un obsessionnel et donc d'une problématique de faute du père et d'impossibilité du désir.

Cet analysant avait été pris dans son enfance, dans une rivalité imaginaire entre ses deux parents. Il avait, enfant, été amené à tenir le rôle d'arbitre en position tierce, de la rivalité et de la destruction permanente en jeu entre ses parents pour démolir le désir de l'autre. Lacan dit : *"on lui a fait reconnaître la place qu'il a prise dans le jeu de la destruction exercée par l'un de ses parents sur le désir de l'autre. Il devine l'impuissance où il est, de désirer sans détruire l'autre. Il s'était mis dans la loge réservée à l'ennui de l'Autre et de cette position d'un Autre arbitre, il arrange le jeu du cirque entre les deux petits autres".* Grand Autre, il arbitre la rivalité imaginaire des deux petits autres, (page 630 des écrits).



Le Sujet avait donc reconnu comme sienne cette position qui avait aliéné son désir dans sa vie. Mais au cœur du transfert, dans sa relation à l'analyste, il va répéter cette histoire comme si elle n'avait jamais analysée (alors que son analyse était déjà bien avancée).

Lacan dit que son analysant va reproduire cette situation à son adresse, "*comme dans un dernier tour d'entourloupe*" pour maintenir sa névrose, pour maintenir son désir névrotique. Cela montre bien que la relation analytique, loin de guérir le symptôme, l'amène au contraire à se répéter avec l'analyste. Mais c'est justement cette répétition avec l'analyste, qui est le dernier acte avant qu'elle puisse se dénouer, que le Sujet puisse y renoncer.

Dans un dernier tour d'entourloupe, l'analysant va maintenir son désir comme impossible. Cela se traduit par une impuissance qui survient avec sa maîtresse. (Il va de soi que les événements qui se produisent chez un analysant en dehors des séances d'analyse, sont destinés à être rapportés à l'analyste et sont dans une étroite relation). Il parle donc immédiatement de cette impuissance. Lacan note que cette maîtresse s'était toujours montrée complaisante au désir névrotique de son amant et que c'était en partie pour cela qu'elle avait été choisie comme partenaire. Pour Lacan, cette impuissance survenue avec cette maîtresse serait plutôt du côté d'un progrès de l'analyse.

Or, si Lacan rattache cette impuissance à un progrès, à quelque chose qui bouge au niveau du fonctionnement du désir de son analysant, ce dernier a une autre hypothèse. Il rattache cette impuissance à une soit disant "ménopause" (vous voyez, maintenant c'est fini, je ne peux plus). Et il ajoute : "maintenant que j'ai avancé dans mon analyse, me voilà capable d'assumer mon homosexualité latente". Ces deux causes causeraient son impuissance.

Lacan ne marche pas du tout dans cette histoire là et se montre revêche à son entreprise. Alors l'analysant va aller plus loin, il va tenter de mettre en acte un désir qui se soutient de la présence d'un rival. Il va faire une proposition à sa maîtresse. Il lui propose d'introduire dans la relation, un autre homme puisqu'il est capable d'assumer son homosexualité. On peut dire que maintenir son désir sur cet acte imaginaire, lui permet d'escamoter sa relation avec l'autre sexe : l'important est le rival, ce n'est pas la partenaire.

D'autre part il tente de tromper son analyste en mettant en avant une théorie par laquelle il essaie de se valoriser alors que l'on voit bien qu'il y a là dedans une demande encore cachée : "regardez la belle théorie dont je suis capable et que je vais même jusqu'à appliquer". Par cette théorie nouvelle mise en acte, il essaie de répondre à ce qu'il suppose, imagine, être le désir de l'analyste.

Mais cette réponse qu'il fabrique, n'est que la satisfaction muette de son fantasme qui continue à être présent dans sa névrose, c'est à dire rester le phallus impossible de sa mère. Nous voyons que c'est un paradoxe, puisqu'il s'agit de rester le phallus mais un phallus impossible, impossible pour le Sujet comme pour la mère. Sa maîtresse est plus ou moins mise dans la position de la mère.

Si cette mère est dans la problématique de vouloir un phallus impossible, elle risque de le lui prendre, de prendre celui de son fils qui l'a en vrai en tant qu'homme. Il imagine une maîtresse (= mère) qui veut lui prendre ce phallus impossible que justement elle cherche malgré tout à obtenir. Ce phallus impossible pour le Sujet comme pour sa mère, peut rester l'enjeu d'une rivalité imaginaire : qui va l'avoir ?

Dans les jeux du cirque, entre les deux rivaux qui se battent, il y a bien en jeu le phallus, mais ni l'un ni l'autre ne l'auront. Il est bien impossible. Ce qui reproduit une relation fantasmatique avec la mère.

Dans le scénario qu'il imagine, il y aura un autre homme dans leur relation qui est aussi bien la relation fantasmatique avec la mère et son enjeu d'une rivalité imaginaire pour un phallus impossible. En agissant ainsi, il fait que le phallus reste marqué de ce dont il se trouve gâté. Lacan parle de "contrebande".

C'est à dire que l'autre bande contre l'autre. Le phallus n'est désiré que dans la mesure où il y a un rival. C'est d'ailleurs un phénomène qui se voit chez tout un chacun : on désire plus quelque chose si l'autre le veut. On désire par contre-bande. On bande contre parce que l'autre bande. On bande tout près contre et en même temps en opposition.

On peut dire que la soit disant ménopause de cet analysant, s'avère ainsi le dernier refuge d'une position déjà analysée de son désir. C'est cette position de la loge réservée à l'ennui de l'Autre qui arrange les jeux du cirque entre les deux autres. Là, dans son scénario, il se met en dehors et il y a en même temps un rival. Il est dans toutes les positions : comme rival, comme arbitre de ce qui se passera entre l'autre homme et sa maîtresse.



Lacan n'interprète pas, mais par son attitude de revêche, il manifeste son opposition, une résistance décidée qui présente une interprétation de l'être où il soulève dans le cadre du transfert, ce que signifie pour le patient cette manœuvre.

Il aurait pu interpréter disant : "cette ménopause est à mettre en relation avec votre mère castratrice". Au lieu de cela, par sa simple réticence, il s'oppose à la certitude du fantasme. Cette réticence est la justesse de son interprétation.

L'explication que fait le patient, de cette ménopause comme produite par son histoire avec sa mère castratrice, n'est pas fausse. Mais ce qui est plus essentiel, c'est de ramener cette ménopause à un dire adressé à l'analyste. Ce dire est une façon d'entourlouper son analyste, de refaire valoir sa demande : "voyez à quel point j'en suis arrivé maintenant à pouvoir vous plaire".

Lacan entend cette histoire de ménopause, comme un dire qui lui est adressé dans une dernière répétition. Il écarte complètement l'histoire du Sujet. De plus il va se servir d'une anecdote racontée par son analysant, pour pointer ce dont il s'agit.

En effet, à la suite de la proposition douteuse de son amant, sa maîtresse refuse ce stratagème et fait la nuit même un rêve qu'elle lui rapporte, dans lequel pour une fois elle ne va pas seulement dans le sens de la névrose de son compagnon, mais qui est équivalent à une position d'analyste. Elle fait le rêve qu'elle est à la fois pourvue d'un vagin et d'un phallus.

Cela touche son compagnon au point exact de son désir qui est d'être le phallus à lui tout seul. Elle lui dit dans le rêve : "moi, j'ai tout". Elle lui interprète son désir névrotique en lui annonçant que dans ce rêve, ce désir d'être le phallus à soi tout seul est chez elle satisfait. Mais elle ajoute que cela ne l'empêche pas de désirer que le phallus vienne en elle. Malgré qu'elle soit le phallus, elle est quand même en manque. Elle a tout mais il lui manque quand même de jouir de ce phallus. Ce n'est pas suffisant de l'être.

Cette remarque a un effet sur son compère qui retrouve aussitôt ses moyens et le lui démontre brillamment. C'est une réussite assez extraordinaire car ce n'est pas si facile de dénouer une impuissance, comme cela.

Que c'est il passé ? Tout d'un coup le désir de cet obsessionnel s'est mis à fonctionner différemment : il renonce à l'impossibilité de son désir, à sa position de désir impossible qui lui convenait et qu'il revendiquait, l'attribuant à la ménopause, au progrès de son analyse... C'est comme si soudain le fait d'être le phallus ne l'intéresse plus mais qu'il accepte de s'en servir. Nous pouvons dire que le dire de sa maîtresse a fonctionné comme le dire d'un analyste.

Le résultat de ce dire est que tout d'un coup le phallus perd la connotation d'une signification absolue dans une rivalité imaginaire. Dans le rêve, sa compagne désire le phallus qu'elle a : il y a à la fois la marque d'une contre-bande possible, mais ce phallus qu'elle a, c'est comme si elle ne l'avait pas. Cela fait signe que la mère n'est plus dans la position de vouloir obtenir un phallus impossible qu'elle pourrait lui prendre. Si dans son inconscient, cet analysant arrive à concevoir que son phallus n'est pas la raison absolue du désir de sa mère, il peut, lui, se servir du sien. Le phallus perd sa signification absolue et n'est que quelque chose dont on se sert dans une rencontre.

Lacan va joindre son pas à celui franchi par son patient en faisant saisir au patient la fonction du pur Signifiant qu'est le phallus dans son désir, un Signifiant "*sans père*" (à entendre aussi : "*sans pair*"). Ce rival introduit auprès de la maîtresse, c'était une perversion, une version du père maintenant le désir du patient comme impossible puisqu'il faut ce rival pour qu'il puisse bander. Son désir par rapport à l'autre sexe est rendu impossible. Le désir de l'obsessionnel est la contre-bande avec un père qui est aussi un rival. A partir du moment où il peut se passer de cette contre-bande qui cause son désir, où il lâche cette version du père, il accède à un désir qui est sans père, à une version sans père. Le phallus devient un signifiant sans père (pair). Et à ce moment là, il peut renoncer à être le phallus.

Lacan dit que si le névrosé homme ou femme, a du mal à accepter aussi bien de donner que de recevoir le phallus (ce qui est le propre de la position sexuée), c'est parce que son désir est d'être le phallus. **Il faut qu'il renonce à être le phallus pour accepter soit de le donner, soit de le recevoir.**

Tel est le pas que franchit cet analysant, qui lui permet de le donner.

Le recours au père n'est que pour savoir de lui, comment être le phallus de la mère

Cet "être le phallus" renvoie toujours à la mère : c'est être le phallus de la mère selon une version du père. L'enfant se tourne vers le père pour qu'il lui donne une version de comment être le phallus de sa mère. C'est pourquoi Lacan a critiqué le recours au père, puisque ce recours est une version de comment être le phallus de la mère. Cela n'introduit pas à cette coupure radicale qu'il est impossible d'être le phallus de la mère.

C'est quand cet analysant peut se détacher de cette version du père qu'implique l'idée d'une contre-bande comme condition du désir, qu'il peut accéder à une hétérosexualité.

- Là, fait remarquer un participant, l'hétérosexualité vient bien en conclusion de cette analyse, alors ?

- Au finish, oui, répond Marie Josée PAHIN, mais ce n'est pas du tout posé comme un idéal.



**Le soit disant appel au père chez le névrosé,
n'est que la recherche d'une perversion névrotique qui échoue**

Lorsqu'un névrosé dit : "j'en veux à mon père, c'est la faute de mon père, il n'a pas été assez là etc...", on se dit qu'il appelle le père. Mais ce qu'il faut entendre c'est : "cet imbécile de père n'a même pas été capable de me donner une version qui me permette d'être le phallus de ma mère pour combler son désir". C'est une recherche de la père-version (à entendre dans son équivoque).

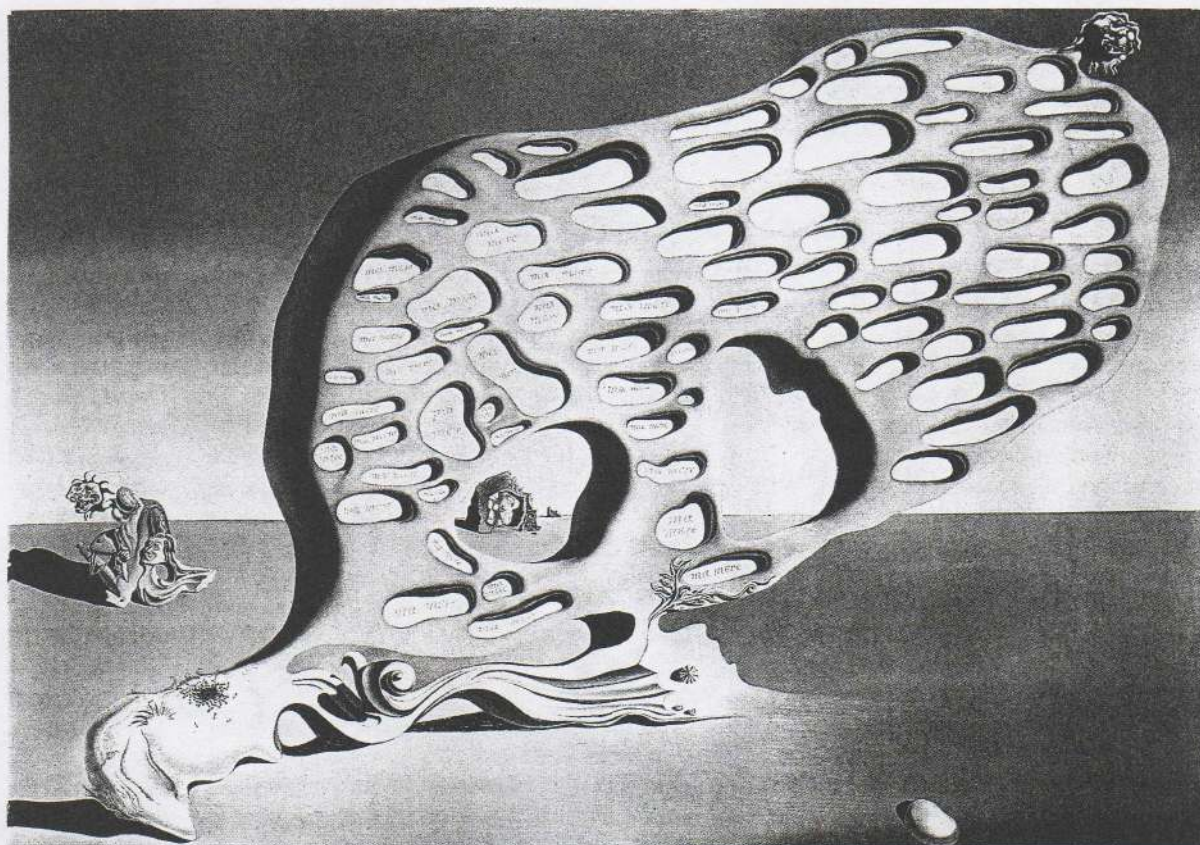
Il ne faut pas confondre avec la perversion clinique. Il s'agit de la version du père du névrosé, qui n'est justement pas la perversion du pervers parce qu'il s'arrange pour la rendre insatisfaisante ou impossible. Le névrosé met en échec la perversion et démontre que ça ne marche pas. Le pervers au contraire fait que ça marche.

*

*

*

Dans le prochain cours de Marie Josée PAHIN (à paraître dans le N° 2 de Psy-Cause), nous verrons à travers divers exemples de Freud, la découverte de l'inconscient.



L'Énigme du Désir - Salvador Dalí - 1929.

DU CHAMP DE LA PSYCHIATRIE : REMEMBREMENT OU DEMEMBREMENT ?

Didier BOURGEOIS
Praticien hospitalier en psychiatrie
Secteur 5 - C.H. Montfavet

Joseph HAYEK
Psychiatre Assistant
Unités pour Malades difficiles

L'enseignement de la psychiatrie à l'université est maintenant bien codifié, centré sur une approche clinique nosologique, qui reste royale, complétée par le tryptique classification (DSM III R), psychanalyse et psychopharmacologie, et réparti sur les chaires complémentaires de Pédopsychiatrie, psychologie médicale et psychopharmacologie. Ces approches centripètes sont censées apporter une réponse multifocale à des étudiants-sujets voués à exercer une pratique spécialisée.

Il est loin le temps où l'inflation de l'influence psychanalytique (cf le psychanalisme de R Castel(1)) pouvait à elle seule nourrir la dichotomie-polémique (-approche psychanalytique/approche dite médicale-); nous sommes maintenant immergés dans un post-psychanalisme qui fait écho chronologiquement et aussi intrinsèquement à la chute des grandes idéologies qui lui étaient contemporaines.

Le **psychanalisme** n'a pas été l'objet d'une défaite politico économique, comme le marxisme, mais bien d'un **vieillessement** différentiel idéique, naturel, d'un recouvrement par les strates successives des approches ultérieures qu'il a contribué à engendrer sans rupture qualitative, il se trouve maintenant banalisé, dilué et universalisé.

Ceci est à la fois sa victoire, inespérée quand on pense aux résistances que sa naissance avait pu créer dans la société de la fin du XIX^{ème} siècle, et sa défaite existentielle, car au sens thérapeutique qui doit rester celui de l'application de cette technique dans le champ psychiatrique, l'idée (idéal) psychanalytique d'exploration de l'inconscient, se trouve vidée de sens.

Selon l'époque et les théories en vogue, la psychanalyse, qui a cessé de pouvoir se croire subversive, peut être remplacée par des **ersatzs cognitivo-comportementalistes ou sociologico-humanistes**, voire astrologique, l'objet à maîtriser peut varier et dépendre d'ailleurs de la méthode, (méthode définie par l'objet qu'elle se donne, qui la justifie ainsi, en retour de manière tautologique donc irrécusable) mais le sens de leurs mise en contradiction dialectique reste le même. C'est bien d'une question de pouvoir qu'il s'agit.

La différence est que maintenant la lutte ne se limite pas entre un "dit-pouvoir médical" (bien affaibli depuis sa dénonciation dans les années 70 (Thomas SASZ) et un "dit-pouvoir psychologico-humaniste".

La montée en charge des champs sociaux, éducatifs, pharmaceutiques contribue à dévoiler une aura contextuelle politique supplémentaire à l'action psychiatrique ne serait ce que parce qu'on demande à la psychiatrie d'oeuvrer aussi dans le traitement social de la crise actuelle (néo-politichiatrie au sens de Franco BASAGLIA).

La **psychiatrie comme discipline médicale a un coût** et se trouve donc évaluée, cadrée budgétairement, fixée statutairement dans le colimateur des administratifs et l'état de santé (donc de santé mentale) d'une population est de plus en plus irrécusablement indice de son pouvoir économique.

Les plus récentes statistiques socio-sanitaires montrent que la tranche d'âge 16-25 ans "non scolarisée et non laborieuse" est significativement moins bien soignée que la tranche d'âge des retraités actuels.

De plus en plus, vouloir demeurer dans une relation d'aide au changement avec un patient, suppose une implication volontariste dans la totalité des composantes du champ psychiatrique qui subit ainsi un remembrement qui ressemble à un démembrement.

Notre propos est de tenter de démonter la praxis psychiatrique actuelle afin d'en restituer toute la richesse, la fragilité et la complexité.

Il s'agit de situer certaines de nos actions quotidiennes voire routinières (au sens informatique) dans leur place et implications véritables par rapport au sujet souffrant supposé être au centre de notre préoccupation et aussi avant tout, enjeu de notre action.

Tout ceci constitue une vaste aire minée, sapée, où se meuvent et s'entrecroisent tous les acteurs de ce jeu de Go psychosocial. Il vise donc à aider à redéfinir leur enjeu éthique.

Tous les praticiens participent en permanence de chacun des pôles d'action du champ psychiatrique mais cela se fait la plupart du temps dans une confusion brownienne qui est source de faiblesse par perte de capacité rétroactive sur cette action même.

Toute science est étude d'une phénoménologie, les phénomènes qui en relèvent apparaissant comme des accidents de formes définies dans ce que THOM appelle l'espace substrat de la morphologie étudiée. Notre discipline, lieu géométrique de convergence de sciences humaines (éducatives psychodynamiques, anthropologiques...) et de sciences dites exactes (biochimie) n'échappe pas à cette règle.

Nous pouvons, à ce jour, définir cinq pôles d'action relevant d'une géométrie contemporaine de la psychiatrie:

1 - Un pôle d' **Action thérapeutique** endogène ou exogène, (médicamenteuse, psychothérapique) s'exerçant sur le sujet lui-même ou censée aborder le fondement de sa maladie (psychogénéité / hérédité), se voulant aborder les conséquences psychologiques de la maladie ou prévenir les conséquences sur la maladie des conséquences psychologiques de cette maladie sur l'entourage.

2 - Un pôle posé comme lieu d'exercice d'une **volonté d'accès étiopathogénique, fondamentaliste**.

Ce pôle comprend un aspect fondamentaliste, désirant toucher le(s) fondement(s) d'une maladie (vers une thérapie génique des schizophrénies!) ou d'un comportement (les gaba-récepteurs, les récepteurs $\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3$ pour les benzodiazépines et assimilées) et une composante qui se voudrait athéorique, non partisane, purement psychodynamique, censée aborder les conséquences psychologiques de la maladie sur l'entourage et prévenir l'aggravation de la maladie par les conséquences psychologiques de la maladie sur l'entourage du malade (prévention secondaire et tertiaire).

Il en existerait des modalités individuelles (analytiques ou cognitives) ou collectives (systémiques) qui sont pourtant autant de théorisations.

La détermination d'une cause mono ou multi factorielle à une maladie donnée, (ex dépression réactionnelle ou mélancolique) en relève.

Pourtant, ce diagnostic partiel fait, les modalités d'accès resteront à déterminer.

L'histoire de l'évolution des conceptions et des pratiques soignantes centrées sur l'autisme infantile de KANNER est éloquentes quant aux implications pratiques au quotidien d'une conception théorique prépondérante du "phénomène autisme", catastrophe relationnelle au sens thomien comme au sens propre, mais aussi dramatique (catastrophe institutionnelle) lorsqu'elle prend pour enjeu de pouvoir des existences individuelles et familiales entières.

3 - action dénommatrice

diagnostiquer (nosologie, sémiologie), assembler et vectoriser tous les indices analogiques ou digitaux, tout ce qui fonde la **clinique** de laquelle périodiquement on croit utile de proclamer le retour!, puis **nommer**, afin de **classer**, soit de façon entomologique comme le faisaient les aliénistes, ou soit sur des critères susceptibles d'autoriser la mise en place d'un arbre décisionnel voire in fine d'un protocole thérapeutique anidéologique comme le prétendent les membres de l' "American Psychiatric Association", ce qui est déjà se positionner! **comparer et établir des rapports** c'est prendre la maladie pour objet d'étude, pour objectif de santé publique.

Partager son savoir sur la maladie (communiquer sur):

N'est-ce pas utiliser son supposé savoir sur la maladie comme instrument de pouvoir sur la profession?

Cette étiquetage était au centre du débat il y a longtemps déjà au nom d'une dite-aliénation du "sujet" pouvant en découler, mais il y a longtemps que l'éthique ne se sent plus interpellée par la question.

4 - Action dans le champ social. Le psychiatre participe à la distribution d'aides financières spécifiques:

par la délivrance de certificats médicaux initiaux de toute sorte, comme tout médecin, mais aussi par sa présence es-qualité et contre rétribution, au sein d'organismes trans-disciplinaires réglementaires (les COTOREP) où il cotoie tenants du fait psychologiques, représentants des caisses de sécurités sociales, représentants des malades ou de leurs familles etc...

Il a à ce titre un pouvoir extraordinaire sur l'existence concrète des individus ressortissants de telles institutions.

5 - Action éducative et accompagnatrice.

Bien souvent il s'agit d'accompagner, d'assister, de conseiller, voire contrôler les malades dans une existence semée d'embûches, n'ayant pu effectuer à temps les apprentissages les plus élémentaires, du fait de leur maladie, de l'exclusion engendrée par celle-ci du fait d'une problématique sociale connexe, ou les ayant perdus. Cette action repose sur l'ensemble de la mythique équipe trans-disciplinaire de soins en psychiatrie formée initialement du binôme infirmier/ médecin, triangulé oh combien! par la psychologue, étoffé ensuite par l'assistante sociale (ce processus n'est pas achevé puisque la loi du 27 juin 1990 la dissocie fonctionnellement de l'équipe soignante) et maintenant par les éducateurs qui après avoir fait une entrée discrète par la porte de la pédopsychiatrie, gagnent maintenant le secteur adulte par le biais des prises en charges balkanisées (toxicomanie, alcoolisme, secteur pénitentiaire...) Une demande de tutelle par exemple est un acte fondamental en psychiatrie et peut être fondateur d'une dimension nouvelle au champ psychiatrique.

La notion ancienne d'"interdiction", relayée par la loi du 3 janvier 1968, renvoie bien à cette composante substitutive de l'institution soignante qui protège ici autant le sujet de la société que la société du sujet. Au grand renfermement évoqué jadis par Foucault, succède une grande béquille sociale. L'institution molle (comme les montres de Dali), poreuse, comme néo-institution totalitaire mutante ne pouvant donner accès au changement.

En conclusion, la complexification par segmentation de matière, inaugurée par le partage entre neurologie et psychiatrie en 1968, s'est construite à l'image du procédé classificatoire des aliénistes du début du siècle et semble trouver ses limites par épuisement, actuellement.

Lorsqu'on aura séparé psychiatrie d'adulte, d'enfant, gériopsychiatrie, prise en charge des addictions et autre, lorsqu'on aura pu multiplier ces facteurs par autant de référence thérapeutique (pharmacologie, psychothérapies, approches socio-éducatives, experto-légale...) on s'apercevra qu'il est arrivé à la psychiatrie le même avatar qu'à la psychanalyse triomphante: Omniprésente et diluée, elle se trouve atomisée. Le champ de la psychiatrie sera-t'il alors devenu un champ de gravitation? Ce n'est pas le moindre paradoxe de cette discipline qui reste l'une des rares sans chômage que d'y voir les prémisses de son anéantissement. Ceci est peut-être l'une des raisons du malaise de la profession.

Bibliographie:

1) R. CASTEL "Le psychanalisme" *L'ordre psychanalytique et le pouvoir*. Librairie Maspéro 1973, Paris.

« L'individualisme va du souci de soi à l'idée qu'il n'y a plus de vie devant soi »

PSYCHANALYSTE, chercheur en psychiatrie sociale, spécialiste de l'adolescence, Tony Anatrella a écrit souvent pour le "Nouvel Observateur".

TOXICOMANIE

Place à la Méthadone

Six mois après Nîmes, Avignon lance son programme Méthadone. À tous les toxicomanes qui souhaitent sortir de l'emprise des drogues, la ville propose des doses quotidiennes de méthadone, procurées gratuitement. À petit prix, le toxicomane spirale se stabilise, se place dans la spirale de la solution.

PERSONNES HANDICAPEES

Les mystères de l'autisme approchés de plus près

Une étude américaine souligne chez les malades une anomalie dans le cerveau. Une autre met en cause la théorie de l'abus de la chimie.

50 ANS APRÈS SA MORT

Montfauvet rend hommage à Camille Claudel

Un nouveau procès contre « Suicide mode d'emploi »

FRANCIS TEITGEN l'a dit net : « Je n'aime pas ce livre, je n'aime pas qu'on brûle les livres ».



Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres

Les psychiatres français dénoncent le traitement psychiatrique des problèmes sociaux



Les médecins entre « techniciens » et « relationnels »

Comment peut-on encore être médecin ?



Familles sans père

que la pointe de l'iceberg, sous l'égide de l'association Christiane Olivier. Si l'enfant échappe au père à ce moment-là, c'est parce qu'il ne l'a jamais connu. SOCIÉTÉ

Oublié pour les victimes de l'inceste : la psychanalyse alibi

E suis profondément choqué - je ne suis pas le seul - par la publication de cet ouvrage. Le Monde de textes et de psychanalyse, interprétation de l'inceste, prétendument observé, dans ce cas, un devoir de réserve absolu. Seule cette condition lui permettrait de penser avec quelques chances de pertinence, en s'abstenant de tout jugement, d'interprétation. ne savait pas le « vrai » motif de sa décision) mais néanmoins coupable, politiquement indigne puisqu'il hait ses éventuels électeurs et tous les autres citoyens ? « La mort n'est pas le seul alibi ».

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres. L'application des 35 heures de nuit à l'hôpital se révèle « parfois contraire à ses objectifs ».

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres. L'application des 35 heures de nuit à l'hôpital se révèle « parfois contraire à ses objectifs ».

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres. L'application des 35 heures de nuit à l'hôpital se révèle « parfois contraire à ses objectifs ».

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres

Le cheval, la plus noble conquête des psychiatres. L'application des 35 heures de nuit à l'hôpital se révèle « parfois contraire à ses objectifs ».

INFORMATIONS MÉDICALES

Schizophrénie : une étude américaine sur le chromosome

Schizophrénie : une étude américaine sur le chromosome. Joseph HAYEK.

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente. Informations Médicales.

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente. Informations Médicales.

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente. Informations Médicales.

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente. Informations Médicales.

Schizophrénie : la clozapine d'une patiente. Informations Médicales.